الميول الانتحارية

اعداد

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

2019

في هذا الكتاب

يتناول الفصل الأول الميول الانتحارية، فتناول فيه التعريف، ومعدلات انتشاره، ثم أنواع الانتحار، والمؤشرات الدالة عليه، ثم النظريات المفسرة للانتحار، وأهم المتغيرات وثيقة الصلة بالانتحار، والعوامل المصاحبة والمؤثرة في حالات الانتحار، ثم عرض بعض الأفكار الخاطئة عن الانتحار، ثم كيفية الوقاية من الانتحار. **ثم الانتقال إلى الفصل الثاني وهو المساندة الاجتماعية،** وتناولت فيه تعريف المساندة الاجتماعية، وأهميتها، فوظائفها، ثم الأهداف، والمصادر، وشروط تقديم المساندة الاجتماعية، وأنواعها، ثم تطرقت إلى الفروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية، والنماذج الرئيسة للمساندة الاجتماعية، ثم تناولت النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية، ثم المساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا. **وأخيراً انتقلت إلي الفصل الثالث وهو التحول الجنسي،** حيث تناولت الهوية الجنسية والدور الجنسي، ثم تعريف اضطراب الهوية الجنسية، ثم معدلات انتشار اضطراب الهوية الجنسية والتحول الجنسي، ومظاهر اضطرابه عند الأطفال والمراهقين، ثم معايير التشخيص، ووصفاً لاضطراب الهوية الجنسية، ثم تطرقت إلى أسبابه، ثم النظريات المفسرة لاضطراب الهوية الجنسية، ثم تعريف التحول الجنسي والمتحولين جنسياً لذكور وإناث، ثم تناولت مراحل إجراء جراحة التحول الجنسي، وأخيرا استشهدت بأشهر حالات التحول الجنسي.

الفهرس

الفصل الأول

الميول الانتحارية.

- تعريف الميول الانتحارية.
- معدلات انتشار الانتحار.
- أنواع الانتحار.
- المؤشرات الدالة على الانتحار.
- النظريات المفسرة لأسباب الانتحار.
- أهم المتغيرات وثيقة الصلة بالانتحار.
- العوامل المصاحبة أو المؤثرة في حالات الانتحار.
- أفكار خاطئة عن الانتحار.
- الميول الانتحارية لدى المتحولين جنسياً.
- الوقاية من الانتحار.

الفصل الأول: الميول الانتحارية.

تمهيد.

يُمثل الانتحار مشكلة متعددة الأبعاد "نفسية واجتماعية واقتصادية ودينية" لأنها تؤثر على جميع مناحي الحياة، فمن الناحية الدينية نجد أن الأديان السماوية حرمت الانتحار تحريمًا قاطعًا، ومن الناحية الاقتصادية فهو يُسهم بشكل كبير في تبديد الطاقات الإنتاجية، وذلك لأن نسبة كبيرة ممن يقدمون على السلوك الانتحاري في سن الإنتاج والعمل والعطاء مما يعوق التقدم، ومن ثم العجز عن ملاحقة تطورات العصر، أما من الناحية الاجتماعية فإن انتحار أحد أفراد الأسرة يعتبر حدثاً مشيناً في تاريخ الأسرة بل وصمة عار، كما أنه ينبئ عن اضطراب علاقة الفرد المنتحر بمجتمعه وثقافته هذا من جانب، ومن جانب آخر يعبر عن عدم قدرة المجتمع على احتواء أبنائه مما يؤدي إلى حرمان المجتمع من بعض أبنائه الذين هم ثروته البشرية.

وعن الناحية النفسية فإنه دلالة على اختلال الشخصية، واضطراب في الصحة النفسية، وزيادة في التشاؤم، وقلق المستقبل، واليأس، والتقييم السلبي للذات، والنظرة السيئة للآخرين، والشعور بعدم جدوى الحياة، فضلاً عن المعاناة النفسية لكل أفراد الأسرة والأصدقاء، حيث تزداد لديهم مشاعر الاكتئاب، وبالتالي الرغبة في الانتحار (جمال السيد، 2010، 282).

ورغم قدم الاهتمام بالانتحار، إلا أن تاريخ البحث العلمي فيه قصير إذا ما قورن بقدم موضوع الانتحار، ولعل السبب في ذلك راجعًا لما لموضوع الانتحار من حرمة تتعلق بما يحيط به من مشاعر وانفعالات، ولما له من حساسية اجتماعية ودينية قد تصل إلى حد الحرج (حسين فايد، 2008، 283).

تعريف الميول الانتحارية.

يُعرف الانتحار لغوياً: إذا عدنا إلى لسان العرب نجد أن كلمة "انتحار" مشتقة من مصدر الفعل "نحر" أي "ذبح" أما اسم الفعل هو "النحر" ومعناه أعلى الصدر، واستناداً لهذا فإنه يقصد بالانتحار "الذبح فيما فوق الصدر" علماً أن الذبح ليس هو فقط الطريقة الوحيدة التي يستعملها المنتحر، وهذا خاص بالمفهوم العربي أما باللغة الأجنبية نجد:

- الشخص المنتحر Suicid: هو الشخص الذي نجح في الانتحار، أنه ضحية القتل المُنفذ ضد نفسه إذن يتعلق بالانتحار الناجح.

- الشخص الذي حاول الانتحارSuicidant: فهو الشخص الذي حاول الانتحار وفشل في محاولته، أنه الانتحار الفاشل الذي من خلاله يوجه إشارة للآخرين عن وضعيته النفسية، ويمكن أن يتبع الانتحار الفاشل محاولة انتحارية أخرى قد تكون ناجحة.

- الشخص المؤهل للانتحار Suicidaire: هو الشخص المُؤهل للانتحار أو محاولة الانتحار أو ذلك الشخص الذي يكون في وضعية تأهب للانتحار التي يعبر عنها بواسطة سلوكيات وإشارات محددة (عبد الله الغطيمل، 2000، 10).

ويُعرف الانتحار بأنه "قتل النفس بطريقة متعمدة وهذا هو التعريف الذي تتضمنه مراجع الطب النفسي، وهناك مصطلح آخر مقابل لكلمة الانتحار "هو الفعل المدروس لإيذاء النفس"، وقد يكون مجرد محاولة للانتحار أو قتل للنفس لم تتم" (لطفي الشربيني، 2001، 177).

وأيضًا يُعرف الانتحار بأنه "كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت (حسين فايد، 2001، 24). كما يُعرف بأنه إقدام المرء على قتل نفسه بإرادته" (فاطمة ناجي، 2007، 20).

ويُعرف أيضًا بأنه: فعل متعمد لإيذاء النفس، وقد يكون مجرد محاولة قتل النفس لم تتم، حيث قد تفشل محاولات الانتحار، ومن ثم قد لا ينتهي السلوك الانتحاري بالموت، وهو أيضًا عدوان موجه نحو الذات (عبد الرقيب البحيري، ومحفوظ أبو الفضل، 2008).

كما يُعرف الانتحار بأنه: أي فعل يقوم به الفرد ويؤدي إلى إنهاء حياته، بحيث يتوفر في هذا السلوك أو الفعل "النية للانتحار، توقع الموت، القيام بالتخطيط للانتحار وتنفيذه" (جمال السيد، 2010، 285).

كما يُعد كل حالة موت تنجم بنحو مباشر أو غير مباشر عن فعل إيجابي أو سلبي تنفذه الضحية ذاتها، والتي كانت تعلم بالنتيجة المترتبة على فعلها بالضرورة (إيميل دوركايم، 2011، 10).

وقد ذهب بعض الباحثين في تعريفهم للانتحار إلى التمييز بين نوعين من الانتحار هما الانتحار الحقيقي "أي الموت الجسدي"، والانتحار النفسي، فالانتحار الحقيقي يُعرف بأنه قتل الإنسان لنفسه عمداً، أما الانتحار النفسي يعبر بأنه نوع من الانتحار غير الصريح حيث يزهد البعض الحياة تماماً ويبغضونها وتدفعهم عوامل اليأس إلى تحطيم أنفسهم فيصابون بأمراض نفسية (حسين فايد، 2008، 88).

فالسلوك الانتحاري: هو سلسة الأفعال التي يقوم بها الفرد محاولاً تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر أو تضحية لقيمة اجتماعية ما، سواء تم الانتحار أو لم يتم، وتشمل الانتحار، والشروع فيه، والتهديد بالانتحار، ومحاولة الانتحار، ويمكن تصوره على هيئة متصل لقوة كامنة يشتمل على صورة الانتحار ثم التأملات الانتحارية تليها محاولة الانتحار وأخيراً وقوع الانتحار الفعلي (عدنان الضمور، 2014، 23).

ويلخص بعض الباحثين أن كلمة انتحار تستخدم مع مجموعة متعددة من السلوكيات تشمل:

1- الأفكار الانتحارية: وهي عبارة عن التفكير في إنهاء الحياة بالموت سواء كان ذلك بدافع شخصي أو بدافع من الآخرين وهذه الأفكار ربما تكون أفكار بدون نية للتنفيذ، ولابد من النظر إلى السلوك الانتحاري بعين الجدية مهما كانت نية الفرد، ومن ثم فإن الأفكار الانتحارية تتطلب أعلى درجة من الرعاية التمريضية للمريض.

2- التهديد بالانتحار: وهو عبارة عن تحذير سواء كان مباشراً أو غير مباشر شفهيًا أو غير شفهيًا بأن شخص ما يخطط لإنهاء حياته وهو غالباً ما يحدث قبل حدوث أي سلوك انتحاري، وغالباً ما يترك المريض رسائل مثل (هل ستذكرونني عندما أذهب بلا رجعه؟- اعتنوا بأسرتي وفاءً لذكراي)، وأحيانًا يقوم هذا الشخص بالتهديد بالانتحار لفظيًا ولكن ذلك يكون في أضيق الحدود، وربما يقوم هذا الشخص بتبديد ممتلكات أو يكتب وصية أو يوصي بترتيبات الجنازة أو ينسحب من صداقات وأنشطة اجتماعية (عبد الله الرشود، 2006، 22).

3- محاولة الانتحار: وهي تعبر عن أي فعل يقوم به الشخص ويؤدي إلى إنهاء حياته إن لم يتم منعه، وعلى الرغم من أن كل محاولات الانتحار يجب أن تُؤخذ بعين الجدية فإن المحاولات التي تستخدم وسائل مثل إطلاق النار أو الشنق أو القفز من أماكن شاهقة أو استنشاق غازات مميتة أو جرعة زائدة من المخدر يجب أن تكون لها الأولوية (عبد الله الرشود، 2006، 23). كما تُعرف بأنها "محاولة من جانب الشخص لتحذير من حوله، بقصد التماس المساعدة، حتى ولو لم يقصد ذلك شعورياً (جمال السيد، 2010، 285).

4- الانتحار المكتمل: وهو الموت بسبب إصابة يُحدثها الفرد بنفسه أو بالسم، وهو ربما يحدث بسبب عدم الانتباه لإشارات التحذير أو تجاهلها (فاطمة ناجي، 2007، 21-22).

وعن الميول الانتحارية يرى الباحث أنه متصل يبدأ بالإحساس بتفاهة الحياة وزيادة مشاعر اليأس، والعجز، والإحباط، والاغتراب إلى الرغبة في الخلاص من الحياة، ثم التفكير في الانتحار يليه محاولة الانتحار، فالانتحار الفعلي "الموت".

معدلات انتشار الانتحار.

تشير المعدلات العالمية إلى أن هناك حوالي (350- 500) محاولة انتحار لكل مائة ألف من السكان سنوياً في معظم الدول (وليد سرحان، 2005، 239).

وتظهر الأرقام الدولية زيادة في أعداد المنتحرين، إذ نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية بلغت النسبة (10-20) لكل (100,000) فرداً ومالا يقل عن (200000) محاولة انتحار فاشلة علماً أن هناك إحصائية أحدث أشارت إلى أن مليوني أمريكي يحاولون الانتحار سنوياً وأن هذه الظاهرة في أمريكا هي أكثر الأسباب المؤدية إلى الموت (هيثم أحمد، 2008، 7).

وتشير التقارير الصادرة عن (منظمة الصحة العالمية عام 2008) إلى أن ما بين (20-60) مليون شخص يحاولون الانتحار، وأن نحو مليون شخص ينجحون في الانتحار سنوياً في مختلف أنحاء العالم إذ يتم تسجيل (3000) حالة وفاة يومياً ومقابل كل حالة انتحار هناك 20 محاولة انتحار أو أكثر وأن شخصًا واحداً ينتحر كل 40 ثانية ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى (5,1) مليون شخص بحلول عام 2020 وقد شهدت معدلات الانتحار في شتى أنحاء العالم زيادة بنسبة (60٪) خلال السنوات الخمسين الماضية وبخاصة في البلدان النامية، وأن الانتحار المُبلغ عنه بات من العوامل الثلاثة الرئيسة المؤدية إلى وفاة الشباب من الفئة العمرية (15-34)عامًا في جميع أنحاء العالم وأن معظم عمليات الانتحار المُبلغ عنها تتعلق بالبالغين والفئة الأكبر سناً "60 عاما وما فوق" (عدنان الضمور، 2014، 74).

كما أصبح الانتحار ظاهرة مقلقة في السنوات القليلة الماضية في أغلب الدول العربية، وأشارت الإحصاءات إلى أن أكثر من (78٪) فيمن يقدمون على الانتحار تنحصر أعمارهم بين (17- 40) عامًا (نازك السلطاني، 2014).

وعن الإحصاءات في مصر، فقد أسفرت عن أن معدلات الانتحار ومحاولته ارتفعت بدرجة كبيرة حيث وصلت نسبتها إلي (38) لكل (100,000) في القاهرة، بينما وصلت نسبة الانتحار الفعلي إلى (4) لكل (100,000)، كذلك كان (60٪) من محاولي الانتحار في مصر من الذين تتراوح أعمارهم من (15-24) عامًا، بينما بلغت النسبة لدى طلاب الجامعة (10٪). أما عن المشاعر الانتحارية لدى طلاب الجامعة فقد وصلت نسبتها إلى (12,6٪) (حسين فايد، 2008، 289-291).

أنواع الانتحار.

أ- الانتحار الأناني Egoistic Suicide:

وينطوي هذا النوع من الانتحار عن مبالغة الفرد لنفسه، فتغيب لديه صورة الآخر (المجتمع)، مما يؤدي إلى انعزال الفرد عن مجتمعه وتمركزه حول نفسه، مع غياب القدرة على إيجاد مبررات مقنعة وأسباب قوية لوجوده واستمراره في الحياة، وهو يخضع كما يدل عليه اسمه لأسباب شخصية خالصة، فالشخص المنتحر هنا يجد نفسه غريباً عن الاهتمام الاجتماعي ولذا فإنه غير سوي ومن ثم لا أخلاقي ولهذا فإن الأخلاق الاجتماعية تدين هذا النوع من الانتحار.

ب- الانتحار الإيثاري Altruistic Suicide:

ويستهدف الشخص هنا خير الجماعة ومصلحتها كما يتصورها، وهو يخضع لدوافع متجردة جديرة بالمدح وهو ليس سوى دعم عميق لواجبات المرء نحو الجماعة وأن اسمه الحقيقي هو التضحية، ومن أمثلة هذا النوع أن كبار المسنين في الإسكيمو يشعرون أنهم أصبحوا عالة علي ذويهم ولم يعودوا قادرين علي العمل والإنتاج والكسب فيدفن المسن نفسه في الثلج ويظل هكذا حتى يموت وهدفه ألا يكون عبئاً أو عالة على أبنائه وذويه (عبد الله الرشود، 2006، 51).

ج- الانتحار اللا نظامي Anomic Suicide:

وهو الانتحار الناجم عن افتقاد النظام الطبيعي أو القانوني، ذلك الذي يزيد اضطراداً مع اختلال الأنظمة الاجتماعية وانحلالها (الأنوميًا)، وهو كثير الحدوث بوجه خاص في فترات الأزمة الاقتصادية، ونجده أيضًا على المستوى العائلي حين يُضعف الطلاق النظام الزواجي (كريستان بودلو، وروجيه استابليه، 1999، 13).

د- الانتحار القدري:

وهذا النوع من الانتحار يمثل حالة معاكسة للانتحار اللا معياري، الذي يكون نتيجة لضعف الضوابط الاجتماعية السائدة، بينما الانتحار القدري يكون نتيجة التشدد والمبالغة في عمليات الضبط الاجتماعي، ويشير هذا النوع إلى حالة التنظيم المفرط والقيود المتشددة التي تُنتج الانتحار، فيُقدم الأفراد على وضع حد لحياتهم، بسبب شعورهم بضياع مستقبلهم بلا شفقة، بعدما اصطدمت مشاعرهم بعنف المعاملة القاسية وتسلط الأنظمة القهرية، وهذا النوع أكثر انتشاراً في مجتمعات الرق والعبودية، لما تتضمنه من ضبط اجتماعي مرتفع وقمعي، فيشعر الأفراد بأن مستقبلهم مهدد بسبب تلك المعايير الاجتماعية والقوانين الصارمة، وخير مثال على ذلك هو الانتحار الذي يتم في السجون (عدنان الضمور، 2014، 91).

هـ - الانتحار الملانخولي (السوداوي، الاكتئابي):

ويرتبط هذا الانتحار بحالة شاملة من الكرب العميق الذي يؤدي بالمريض إلى فقدان التقدير الصحيح للعلاقات التي تربطه بالناس والأشياء من حوله، فلا يعود يغريه أي من الأفراح والمسرات، فهو يرى الدنيا سوادًا حالكًا.

و- الانتحار الوسواسي:

لا يحدث الانتحار في هذه الحالة نتيجة لأي دافع، حقيقيًا كان أو متخيلاً، بل بسبب فكرة ثابتة عن الموت تستحوذ غاية الاستحواذ على ذهن المريض دون أي سبب يمكن تشخيصه (إيميل دوركايم، 2011، 34- 35).

المؤشرات الدالة على الانتحار.

يُبدي معظم الأشخاص الذين يُقدمون على الانتحار بعض العلامات بسبب ما يعانونه، ومنها:

1- العلامات اللفظية: وتكون في صورة عبارات منطوقة أو مكتوبة إما مباشرة (أنا ذاهب لأفعلها هذه المرة، سوف أقتل نفسي) أو غير مباشرة (لم تعد تُرجى مني أي فائدة).

2- العلامات السلوكية: مثل شراء آلة حادة أو إحداث خدش أو قطع برسغ اليد كحركة أو إيماءة للانتحار، وغالباً ما تُفسر هذه العلامات على أنها صرخة من أجل المساعدة أكثر من أن تكون رغبة حقيقية للموت.

3- العلامات الموقفية: وتعبر عما يعانيه الفرد من هموم وكدر في عدد من الظروف والمواقف مثل موت الزوج أو الزوجة، أو الطلاق، أو إصابة جسمية مؤلمة، أو أحد الأمراض المهلكة أو المفضية إلى الموت كالسرطان أو نقص المناعة "الإيدز"، أو الاستغراق أو الانشغال الكامل بالذكرى السنوية لوفاة شخص عزيز، أو غير ذلك من المتغيرات الجذرية في مواقف حياة الفرد.

4- الأعراض والمظاهر النفسية التي تدل علي الانتحار: مثل الاكتئاب الشديد والشعور بالوحدة واليأس والعجز وعدم الرضا عن الحياة (نازك السلطاني، 2014).

النظريات المفسرة لأسباب الانتحار.

تعددت أسباب الميول الانتحارية، إذ لا تُعرف علي وجه الدقة الأسباب الرئيسة للسلوك الانتحاري بالرغم من النماذج المتعددة للأسباب، وتعددت التوجهات العلمية والنظرية في تفسير هذه الظاهرة إذ يؤكد البعض على التفسير النفسي، بينما يؤكد آخرون على التفسير الاجتماعي.

أولاً: التفسيرات النفسية: ويمكن تقسيم التفسيرات النفسية للسلوك الانتحاري إلى نوعين هما:

1- تفسيرات ذات اتجاه غير تحليلي: وهذه التفسيرات تُرجع الانتحار إلى نوع من الإرهاق الناتج من ضيق مجال الشعور، مع افتقاد القدرة على التكيف، وافتقاد التوازن بين رغبتي الحياة والموت.

وقد بزغ نموذج جديد حديث لتفسير السلوك الانتحاري، ألا وهو نموذج الاستهداف الضغوط Stress- Vulnerability Model، الذي اقترحه "بونر وريتش"، ويرى أنصار هذا النموذج أنه من الأفضل أن ينظر إلى السلوك الانتحاري باعتباره عملية دينامية معقدة بدلاً من كونه حدثاً منعزلاً ثابتًا، وتعد عملية الانتحار - وفقاً لهذا النموذج – عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد، وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقاً لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

كما يفترض نموذج "الاستهداف- الضغوط" أن التفاعل بين ضغوط الحياة واستهدافات نفسية اجتماعية معينة كالتشويهات المعرفية، والاكتئاب، واليأس، والعزلة، وقلة أسباب الحياة هو الذي يحدد الدخول أو التحرك في نطاق العملية الانتحارية.

2- تفسيرات ذات اتجاه تحليلي: وقد بزغ معظمها من مفاهيم التحليل النفسي الذي تناول المشكلة من خلال المترددين على العيادات النفسية، والذين حاولوا الانتحار قبل العلاج وأثناءه، وانتحروا بعد ذلك.

فقد عد "فرويد" الانتحار ظاهرة نفسية داخلية، وقدم تفسيراته للسلوك الانتحاري على افتراض أساسي يكمن في التكوين النفسي، ويتضمنه غريزتان متصارعتان هما غريزة الحياة، وغريزة الموت. حيث أن الأولى هي مصدر كل فعل خلاق ومصدر السلوك البناء، والأعمال الإيجابية لمواصلة الحياة. بينما الثانية هي مصدر كل فعل تدميري وكل سلوك عدواني. وقد سلم فرويد بغلبة غريزة الموت في النهاية بفضل ما تولده من ميول سادومازوخية، فترتد الكراهية والعدوان والتدمير إلى الأنا؛ فهو لذلك يرى أن الانتحار غالبًا ما يكون حصيلة منطقية للمرض السوداوي (حسين فايد، 2008، 296- 297).

كما أن التوافق يعتمد على الطريقة التي يفسر بها الأفراد الحوادث في البيئة، وكيف يقيمون هذه الحوادث، وأن الذي لديه توافق هو الفرد الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنهم من المحافظة على صحتهم النفسية من خلال استخدام المهارات المناسبة لحل المشكلات (محمود كاظم، 2012، 91).

ثانيًا: التفسيرات الاجتماعية:

إن تناول ظاهرة الانتحار باعتبارها ظاهرة نفسية بحتة، يجعل المشكلة أحادية البعد، ويعزل الفرد كجهاز مغلق عن بقية المثيرات الاجتماعية التي تحيط به، والتي تؤثر فيه بما قد يدفعه إلى السلوك الانتحاري كما يحدث لدى الكثير، وعلى هذا قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعية لظاهرة الانتحار.

فقد ذهب "دوركايم" إلى أن ظاهرة الانتحار بكونها ظاهرة اجتماعية ترتبط أساسًا بالنظام الاجتماعي وما يطرأ عليه من ظروف تغير مفاجئة، أو ما يجري على الجماعات الاجتماعية.

ويشير أنصار النظريات الاجتماعية الحديثة ومنهم "مارتن Marten" على سبيل المثال لا الحصر، إلى أن اختبار مدى انتظام دورات العمل وأثره على المكانة الاجتماعية للأفراد، يفسر التناسب العكسي بين الانتحار والتكامل الاجتماعي؛ لأن تدهور حالة العمالة خلال الأزمات الاقتصادية يؤدي إلى تدهور المكانة الاجتماعية للأفراد، ومن ثم تضعف علاقاتهم الاجتماعية، وتعجز عوامل الضبط الاجتماعي عن توجيههم، وتسود الفوضى المجتمع عامة، وأصحاب المكانة العليا خاصة، فيكثر إقبالهم على الانتحار (حسين فايد، 2008، 298- 299).

وهناك عوامل أخرى من الممكن أن تؤدي إلى الانتحار أو محاولته ومنها:

أ- التعرض لخبرات الإساءة: إن التعرض لخبرات الإساءة تؤدي إلى الانتحار خاصة إذا كانت من أحد المقربين، لأنها ترتبط ارتباط دال بكل من الاكتئاب، والإدمان، واضطراب الهوية الجنسية، واضطراب الشخصية الحدية، ومن ثم الانتحار. كذلك فإن الوالد الذي يتسم بالتسلط وتشدد الضوابط، أو الإهمال، وعدم إعطاء الابن الفرصة والاستقلالية وحرية التعبير، وإقامة علاقات مع الآخرين خارج نطاق الأسرة يجعل الابن أكثر اكتئابًا وميلاً للانتحار (Retterstol, 1993, 108).

ب- اضطرابات العلاقة بين الوالدين: حيث أن عدم استقرار البيئة الأسرية، وزيادة الخلافات بين الأبناء، وكذلك الانفصال أو الطلاق بين الوالدين يجعل الأبناء يشعرون بالقلق والاكتئاب والتشاؤم بشأن المستقبل.

ج- إدمان المخدرات أو الخمور: إن إدمان المخدرات أو الخمور يجعل أهداف الفرد وقيمه تحت رحمة المخدر، ولا يستطيع إدارة حياته بكفاءة دون المخدر، وتحاصره المشكلات الناتجة عن الإدمان، حيث تتزايد المشكلات النفسية (القلق- الاكتئاب- الشعور بالذنب- الشعور بعدم القيمة)، والمشكلات المهنية (الدراسة- العمل)، والمشكلات الاجتماعية مع (الأسرة- الزوجة- الأبناء)، والمشكلات القانونية، والمشكلات الصحية، وتكون النهاية في حالة عدم العلاج هي إما الموت أو الانتحار.

د- الشعور باليأس Hoplessness: حيث أن اليأس هو التوقعات السلبية التي يتم تعميمها على الحاضر والمستقبل، وهو يؤدي إلى الاعتقاد بعدم قيمة الفرد، وعدم جدوى ما يقوم به لتغيير الواقع ومن ثم عدم جدوى الحياة.

هـ- اضطراب العلاقة مع الأقران: حيث تمثل العلاقة مع الأقران ضرورة نفسية، فهم مصدر المساندة الاجتماعية، وعامل مخفف من الضغوط، وتشكل العلاقة مع الأقران جزءاً مهمًا من هوية الشخص، ومن ناحية أخرى فإن رفض الأقران يُنبئ بمجموعة من الأمراض النفسية مثل الوحدة النفسية والاكتئاب وبالتالي الانتحار.

و- اضطرابات الشخصية Personality Disorders: هناك بعض اضطرابات الشخصية تُنبئ بالإقدام على الانتحار مثل اضطراب الشخصية الحدية حيث الاعتقاد بعدم ثبات الهوية، والشعور المستمر بالتهديد والعجز، وعدم القدرة على التأثير في الأحداث، والاعتقاد بأن العالم مكان خطر، ويصاحب هذه المعتقدات اضطراب انفعالي، وسلوك اندفاعي، وشعور بالوحدة، وفراغ، وغضب، ومن ثم الميول الانتحارية، فالانتحار الفعلي (جمال السيد، 2010، 288-289).

كما أن الاضطرابات الأسرية وشعور المراهق بالعزلة من العوامل التي تُهيئ المراهق أو الشاب للانتحار، وأيضًا حساسية الشاب لنفسه ومظهره وحكم الآخرين عليه ومدى ما يصادفه من مشاكل إذا عز عليه تأكيد دوره وتأكيد ذاته، وعز عليه تقبل الجماعة له، وفشل في وجود المثل الأعلى الذي يحذو حذوه من العوامل المهيئة للنزعات الانتحارية (سعد جلال، 1985، 469-470).

كما أنه أمام التقدم التكنولوجي المتلاحق، والضغوط المتزايدة المُلقاة علي عاتق الفرد، أصبح الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار، وذلك نتيجة الإحباطات التي يقابلها الأفراد وعجزهم عن ملاحقة هذه التغيرات السريعة ومواكبة العصر (شيماء باشا، وإيمان شنودة، 2014).

كما يرى بعض الباحثين أن أغلب الذين يقبلون على الانتحار يتمتعون بالجمال والموهبة والثروة، واكتسبوا شهرة واسعة في حياتهم، ولكن هناك أيضًا الكثيرون الذين ينتحرون في صمت، ويقوم الكثير من الجدل حول أسباب انتحار شخصيات من المجموعة الأولى مثل مارلين مونرو، والفيس برسلي، وارنست هيمنجواي، وكورت كوبين (أحمد عكاشة، وطارق عكاشة، 2009، 342).

أهم المتغيرات وثيقة الصلة بالانتحار (العلاقة بين الانتحار والاكتئاب واليأس):

- الاكتئاب Depression هو: إحساس بالتعاسة الزائدة الناجمة عن بعض مشاكل الحياة (عدنان الضمور، 2014، 51). كما أنه يشير إلى مجموعة الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الفرد، وتتضح من خلال الشعور بتدني الطاقة الجسمية، والصعوبات المعرفية، والشعور بالذنب، وتدني احترام الذات، والانطوائية، والتشاؤم، والشعور بالعجز، والمزاج الحزين، وسرعة الغضب؛ وذلك كما تدل عليه الدرجات المرتفعة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد (عبد الله جاد، 2006، 404).

فالاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية خطورة وألمًا نظراً لأن ضحاياه عادة يلجئون إلى الانتحار حيث أن من 50-70٪ من الانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب الذي لم يتم تشخيصه (أحمد عكاشة، 2008، 286).

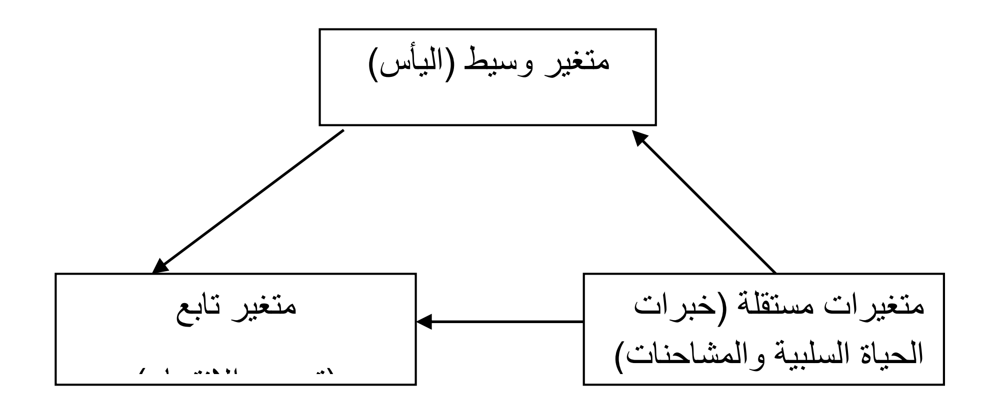
كما أن الاكتئاب يُعد من العوامل المرتبطة بالانتحار حيث يعد من التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار، إذ أن المكتئب شخص مُحبط ورافض للحياة، وتدور الأفكار السوداء في ذهن مريض الاكتئاب فيفكر في المستقبل بيأس شديد ولا يرى في الحاضر إلا المعاناة والإحباط، وينظر إلى الحاضر نظرة سلبية فيتجه إلى لوم نفسه وتأنيبها على أخطاء وأحداث مضت عليها أعوام طويلة، ويصل التفكير في المستقبل المظلم والحاضر الذي لا يحتمل والماضي المؤلم ببعض مرضى الاكتئاب إلى حالة من القنوط واليأس الشديد، الأمر الذي يدفعهم لاحقاً إلى التفكير في الانتحار، حيث يتخيل مريض الاكتئاب في بعض الأحيان أن الحياة أصبحت عبئاً لا يمكن احتماله، ولا أمل في شيء، وأن الحل الوحيد من وجهة نظره هو أن يضع بنفسه حداً لحياته (رشيد مسيلي، وفاضلي أسعد، 2013).

فمرضى الاكتئاب يعتبرون أنفسهم غير منتجين ولديهم عدم ثقة بالنفس وعدم القدرة علي العمل أو الإبداع، كما أنهم يعانون دائمًا من المشاعر والأحاسيس السلبية والرؤية التشاؤمية لكل شيء في الحياة، حيث يعانون من ضغوط عديدة اجتماعية وبيئية وشخصية، لذلك يحتاج مريض الاكتئاب إلى المساندة الاجتماعية والنفسية من الأشخاص المقربين إليه كالعائلة والأصدقاء كما يجب عليهم مساعدته على تغيير الرؤية التشاؤمية للحياة والتكيف مع الضغوط المحيطة به بطريقه إيجابية لكي نمنع أو نحد من الميل للانتحار والمحاولات الانتحارية (فاطمة ناجي، 2007، 50).

- اليأس Hoplessness: وهو مفهوم يشير إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعممة عن المستقبل، فتتميز حياة الفرد بنغمة سائدة من التشاؤم الشامل والقنوط، والشعور بالوحدة النفسية، والمزاج المكتئب، ومشاعر عدم جدوى الحياة، وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثر (عدنان محمد، 2014، 55). كما يمثل اليأس أساس الاكتئاب والمحاولات الانتحارية والانتحار الفعلي (بشير معمرية، 2009، 110).

كما أكد التراث السيكولوجي على أهمية وجود متغير اليأس لدى الفرد المكتئب حتى يقدم على الانتحار، بمعنى أنه ليس كل فرد مكتئب يمكن أن يقدم على الانتحار إلا إذا استشعر اليأس بشكل كبير، فهو يعد منبئاً هامًا للسلوك الانتحاري (حسين فايد، 2008، 294).

وقد أقر الإنتاج العلمي في مجال الانتحار بأن المشاحنات، وأحداث الحياة السلبية ترتبط بكل من اليأس وتصور الانتحار، وأن اليأس يتوسط العلاقة بين تصور الانتحار وكل من المشاحنات وأحداث الحياة السلبية، ويمكن تمثل هذه العلاقة في الشكل التالي:



شكل (1) نموذج بيك لليأس (حسين فايد، 2004، 123-124).

ونخلص من العرض السابق حول المتغيرات وثيقة الصلة بالانتحار إلى أن التفاعل بين الاكتئاب واليأس يؤدي دوراً أساسياً في ازدياد درجة تصور الانتحار، كما نخلص أيضًا إلى أن اليأس يتوسط العلاقة بين أي متغيرات نفسية أخرى وبين السلوك الانتحاري، حيث أن عزل تأثير اليأس عن العلاقة بين تلك المتغيرات وبين تصور الانتحار من شأنه أن يضعف من تلك العلاقة (حسين فايد، 2008، 295).

العوامل المصاحبة أو المؤثرة في حالات الانتحار:

1- الجنس: النساء أكثر تهديداً بالانتحار ولكن الرجال أكثر تنفيذاً له، فالرجال المنتحرون يشكلون ضعف المنتحرات من النساء، كما أظهرت النتائج أن أكثر الفئات ارتكاباً للانتحار هم فئة الشباب ومن ثم فئة كبار السن.

2- السن: الأصغر سناً أكثر تهديداً بالانتحار، ولكن الأكبر سناً أكثر تنفيذاً له.

3- الحالة الاجتماعية: المتزوجون أقل انتحاراً من غير المتزوجين.

4- التدين: المتدينون أقل انتحاراً من غير المتدينين.

5- المستوي الاجتماعي: تزداد معدلات الانتحار في المستويات الاجتماعية الأعلى وفي المدن أكثر من القرى.

6- الحالة الصحية الجسدية: مرضى الأمراض المزمنة والمصابون بأمراض مستعصية كالإيدز، والسرطان وغيرها من الأمراض يكونون أكثر عُرضه للانتحار من غيرهم.

7- الحالة الصحية النفسية: يُعد المرض النفسي من أقوى الدوافع نحو الانتحار.

8- الوظيفة: غير العاملين أكثر ارتكابا لجريمة الانتحار من العاملين (مجدي أحمد، 2008، 70-71).

9- العرق "السلالة": البيض أكثر انتحاراً من السود، كما أن النظرية التي تجعل من العرق عاملاً مهمًا في الميل إلى الانتحار تقر ضمناً مع ذلك بأن هذا العامل وراثي لأنه لا يمكن تشكيل شخصية عرقية إلا بهذا الشرط (إيميل دوركايم، 2011، 81).

وترى النظرية المعرفية أن التوافق يعتمد علي الطريقة التي يفسر بها الأفراد الحوادث في البيئة وكيف يقيمون هذه الحوادث، وأن الذي لديه توافق هو الفرد الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة علي صحتهم النفسية من خلال استخدام المهارات المناسبة لحل المشكلات (محمود كاظم، 2012، 91).

أفكار خاطئة عن الانتحار:

1- الشخص الذي لديه ميول انتحارية عازم على الموت: على العكس من ذلك، غالبًا ما يكون الأفراد الذين لديهم ميل للانتحار مترددين مابين الحياة أو الموت، وقد يتصرف الشخص باندفاع عن طريق شرب المبيدات الحشرية على سبيل المثال ويموت بعد بضعة أيام على الرغم من أنه كان يود أن يعيش، لذلك فالحصول على الدعم النفسي يكون سببًا في الوقاية من الانتحار.

2- الحالات التي تهدد بالانتحار لن تُقدم على الانتحار: هذا غير صحيح، فمعظم الأشخاص الذين أقدموا على الانتحار كانوا قد هددوا به من قبل أو كانوا قد أفصحوا لبعض معارفهم أو أصدقائهم أو أقاربهم عما تراودهم من نوايا في هذا الشأن.

3- الأشخاص الذين ينتحرون يفعلون ذلك لأنهم مختلون عقليًا: ومره أخري هذا ليس بصحيح، فلا توجد إلا نسبة ضئيلة من الأشخاص الذين حاولوا الانتحار أو انتحروا بالفعل ممن شُخصوا على أنهم ذهانيون، فمعظمهم كانوا أشخاصًا عاديين ولكنهم يعانون بشدة الاكتئاب أو الوحدة أو اليأس أو العجز أو الصدمة أو الكمد والحزن أو الإحباط الشديد أو يواجهون موقفاً مشحوناً انفعالياً ولا يستطيعون تحمله.

4- الشخص الذي يفكر في الانتحار ثم يبدي سماحة وكرم وسخاء ويتقاسم ممتلكاته الشخصية إنما يشير بذلك إلى علامات ودلائل لاستعادة حالته الطبيعية: ليس بالضرورة هكذا، فكثير من الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار يبدأون بالتصرف في بعض ممتلكاتهم أو يهبوها لغيرهم فهذا التصرف في ممتلكاتهم قد يكون في بعض الأحيان بمثابة الوصية الأخيرة أو أن يستشهد على روحه فمثل هذا السلوك الذي يصدر عنهم قد يكون مؤشراً إلى شكل آخر من النشوة الزائدة التي تغمره قبل الإقدام على فعل الانتحار.

5- **تتسبب مناقشة الانتحار في أن تدفع الحالة نحو الإقدام على فعل الانتحار:** العكس هو الصحيح بصفة عامة فمناقشة الانتحار مع شخص آخر يبدي فهماً وتعاطفاً مع الحالة يحتمل كثيراً أن يزود الحالة بإحساس بالارتياح وبالرغبة في شراء الوقت ليستعيد قدرته على ضبط ذاته (منظمة الصحة العالمية، 2002، 43).

الميول الانتحارية لدى المتحولين جنسيًا:

لقد وثقت الأبحاث أن مضطربي الهوية الجنسية عامة، والمتحولين جنسيًا خاصة ينتابهم إحساس بالاكتئاب، واليأس، والرغبة في الانتحار لكونهم يشعرون بالاختلاف عن جنسهم وعن الجنس الآخر ومن ثم يشعرون بالخجل أو العار، كما يخافون أن يعرف أفراد المجتمع ما يعانون منه فيلجأون للانتحار للتخلص من حياتهم المضطربة، ومن نظرة المجتمع والأصدقاء الرافضة لهم (Lock & Steiner, 1999, 297- 304).

الوقاية من الانتحار:

الانتحار مشكلة اجتماعية وشخصية في آن واحد، فهي مشكلة اجتماعية من حيث إقبال الشباب على ذلك الفعل، وحرمان الأمة من بعض أفرادها المنتجين، وهم في أوج قدرتهم على العمل والإنتاج، ومن ثم فإن التصدي لهذه المشكلة ليست مقصورة على فئة معينة، بل هي تحتاج إلى تضافر كل الجهود الرسمية والأهلية، الفردية والجماعية "الأسرة، والمدرسة، والمسجد، ووسائل الإعلام، وعلماء الاجتماع، وعلماء النفس"، ولعل أبرز الطرق التي يمكن أن تكون فعالة في الوقاية من الانتحار هي:

1- العناية بالجانب الاجتماعي: فالإنسان ابن بيئته، ولا يستطيع العيش بمعزل عن الناس وخاصة محيطه القريب منه، لذلك فالعناية بالجانب الاجتماعي المحيط بالفرد تعد من أول الأولويات التي يجب مراعاتها والانتباه إليها من أجل حماية هذا الفرد لئلا يكون ضحية لتداعيات انهيار قيم المجتمع نتيجة للتفكك الذي يصيب الكيان المجتمعي (عدنان الضمور، 2014، 65- 66).

2- إشغال أوقات الفراغ والعناية بالشباب: إن من أهم الوسائل التي تعمل على تحصين الشباب من الجريمة والعزلة والاغتراب، هي إيجاد مؤسسات وبرامج تعني بإشغال أوقاتهم وإكسابهم المعارف والمهارات المناسبة، التي تساعدهم في تيسير حياتهم الشخصية، فتنأى بهم بعيداً عن الجريمة، وكل ما من شأنه أن يجلب لهم المظاهر النفسية السيئة التي تؤثر سلبًا على حياتهم "كالاكتئاب، والقلق، والإحباط، واليأس"، المؤدية في النهاية إلى أن يقرر الشخص التخلص من حياته.

3- العنايـة بالجانـب الاقتصـادي: إن مـن أهـم الـدوافع وراء السـلوك الانتحـاري هـو العامـل الاقتصـادي المتمثـل فـي الفقر، والبطالـة، والإفلاس، ورغد العيش أحيانـاً، لـذلك لابـد مـن إيجـاد الوسائل المناسبة للتعامل مع تلك العوامل والحد منها كـي لا تكون عـاملاً أساسياً ومسـاعداً علـى زيـادة معـدلات الانتحـار، وتتمثـل تلـك الوسـائل فـي (محاربـة الفقـر والبطالـة، إنشـاء المؤسسـات المهنية والتدريبية، العمل بنظام الزكاة).

4- دور الإعـلام: حيث إن وسـائل الإعـلام تعـد إحـدى الوسـائل التربويـة ذات الأهميـة الكبـرى والدور الفعال، فهي تمثل سلطة قوية ومنظمـة لهـا تأثيرهـا علـى الأفـراد، والمجتمعـات، والـدول، ومـن ثـم يجـب أن ينصـب دور الإعـلام علـى التوجيـه، والإرشـاد، والتوعيـة مـن خـلال تسـليط الضوء على المشاكل الاجتماعية التـي تواجـه الأفـراد، وتـدفع بهـم إلـى الانجـراف وراء الجريمـة والسلوك المنحرف.

5- محاربـة الجهـل والأميـة: فقد ثبـت أن بعـض حـالات الانتحـار تحـدث نتيجـة لجـل المُنتحـر بعواقب الانتحار، سواء فـي الـدنيا أم فـي الآخـرة، لـذلك لابـد مـن التوعيـة الشـاملة لمختلـف فئـات المجتمع، والتركيز على إقامة البرامج التربوية والتعليميـة التـي تسـاعد فـي القضـاء علـى الأميـة، وتضـمن التنشـئة الاجتماعيـة السـليمة للأجيـال القادمـة، والتنبيـه بمخـاطر السـلوك الشـاذ عـن قـيم المجتمع والنابع من الدين، إذ هو العامل الأساسي في الوقاية من الجريمة بشكل عـام ومـن خطـر الانتحار بشكل خاص (عدنان الضمور، 2014، 69- 72).

ولما كان الإنسان يتعرض بين الحين والآخر للمشاكل سواء أكانت صحية أم مالية أم اجتماعية فإنه يصبح عُرضة لكي يُصاب بالهم والحزن والكآبة وخاصة إذا ما كانت هذه المشاكل من النوع الصعب الذي لا يزول سريعًا بل يستمر لفترة من الوقت حتى تُعيي الإنسان وتتعبه فلا يستطيع منها خلاصاً، وأول وسيله قوية يوجهنا إليها الإسلام هي الصبر؛ يقول الله تعالي "وبشر الصابرين، الذين إذا إصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون" (سورة البقرة، الآيتان 155-156) (عبد الحكيم عفيفي، 1994، 175).

كما يجب تفعيل التدريب لكل العناصر المؤثرة في مجال التعليم الطبي مع هؤلاء الشباب وما يتضمنه من الفهم والاستجابة لمحاولات الانتحار وما تحتويه من مخاطر وتنفيذ لعوامل الحماية ضد السلوك الانتحاري، وأيضًا تفعيل برامج الدعم القائمة على فهم الإطار النفسي للحالة وتقديم المساندة الاجتماعية له.

كما أن الاكتشاف المبكر للميول الانتحارية وما يصاحبها من أمراض أخرى ربما يساهم في تقليل هذه المحاولات ويساعد أيضاً في منع الفرد من الرغبة في الانتحار (فاطمة ناجي، 2007، 26).

الفصل الثاني

المساندة الاجتماعية.

- تعريف المساندة الاجتماعية.
- أهمية المساندة الاجتماعية.
- وظائف المساندة الاجتماعية.
- أهداف المساندة الاجتماعية.
- مصادر المساندة الاجتماعية.
- شروط تقديم المساندة الاجتماعية.
- أنواع المساندة الاجتماعية.
- الفروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية.
- النماذج الرئيسة للمساندة الاجتماعية.
- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.
- المساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا.

الفصل الثاني

: المساندة الاجتماعية.

تمهيد.

تُعد المساندة الاجتماعية مصدراً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية، ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة وأساليب مواجهتها وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تؤدي دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي، وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة، وذات أثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية (هشام عبد الله، 1995، 473).

كما أنها تُعد مصدراً مهمًا من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه بعد لجوئه إلى الله سبحانه وتعالى عندما يشعر أن هناك ما يهدده وعندما يشعر أن طاقته استنفذت أو أجهدت، بمعنى آخر أنه لم يعد بوسعه أن يجابه الخطر أو يحمل ما يقع عليه من إجهاد وأنه يحتاج إلى مدد وعون من خارجه، فالإنسان بطبعه مخلوق اجتماعي وقد جعله الله سبحانه وتعالى دائمًا في حاجة مستمرة ليستمد العون من أخيه الإنسان، فالمساندة الاجتماعية متغيراً أساسيًا له أهمية كبيرة في حياة الأفراد بصفة عامة فكلما تقدم العمر بالفرد كان بحاجه للتواصل الاجتماعي مع الآخرين والذي يدعم حياة الإنسان بالحب والقبول والتقدير والانتماء ويزيد من قوته لمواجهة ضغوط الحياة، إذ أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض المرضية والاكتئابية (Cutrona, 1996, 5).

ويُعد مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوماً حديثاً نسبياً. حيث تناولته العلوم الإنسانية وعلماء الاجتماع في إطار بحثهم للعلاقات الاجتماعية، فظهور مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يمثل البداية الحقيقية لظهور مفهوم المساندة الاجتماعية لأن إدراك الفرد وتقييمه لدرجة المساندة الاجتماعية تعتمد على إدراكه لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، والتي تمثل الأطر العامة التي تضم مصادر الدعم والثقة لأي شخص (جيهان أحمد، 2002، 51).

إن مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقتهم بهم (شيماء أحمد، 2009، 9).

وتبدأ العلاقات الاجتماعية من نقطة بسيطة، تبدأ بفردين وتتسع دوائرها حتى تصل إلى العالم أجمع، وقد تكون العلاقات ضعيفة أو تكون بالغة القوة وقد تبدو قوية في ظاهرها وعندما تدعو الحاجة إليها يظهر وهنها، كما تبدو ضئيلة ولكنها عند الحاجة إليها تظهر متانتها، ويشيع مصطلح المساندة الاجتماعية في علم النفس لسببين هما:

الأول: أن المساندة الاجتماعية تتوسط تأثير ضغوط الحياة على الصحة والسعادة.

الثاني: أن التدخل بالمساندة الاجتماعية يحمل في طياته أملاً بتخفيف الضغوط وتيسير التوافق (هيام عبد الجواد، 2006، 35).

كما حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من جانب الباحثين اعتماداً على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها (زملاء العمل أو الدراسة، الجيران، الأصدقاء، الأسرة تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، كما أنها مصدر مهم يقدم تأثير إيجابي ومباشر للسعادة النفسية للأفراد (السيد محمد، 2010، 289).

فالمساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدر للدعم الفعال، والمساندة عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين (عماد مخيمر، 1997، 108).

تعريف المساندة الاجتماعية:

يشير الأصل اللغوي للمساندة إلى سند إليه سنوداً أي: ركن إليه واعتمد عليه واتكأ وساند مساندة وسناداً: عاونه وكانفه، فساند بمعنى عاضد وكانف وكافأ على العمل، والسند معتمد الإنسان وتحمل المساندة بمعنى التأييد والتقوية والمساعدة على الاستمرار والإمداد بمساندة مالية وإعطاء المساعدة والتشجيع والمساندة: الشخص الذي يقدم المساندة والتشجيع والقبول (شيماء أحمد، 2009، 10).

وتُعرف المساندة الاجتماعية بأنها "كل دعم مادي أو معنوي يُقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المريض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة من المرض (محمد بيومي، 1996، 85).

فالمساندة الاجتماعية يقصد بها ذلك النظام الذي يتضمن الروابط الاجتماعية طويلة المدى والثابتة بمجموعة من الناس يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي ويقدموا له العون ويكونوا ملاذاً له وقت الشدة (عماد عبد الرازق، 1998، 19).

وينظر كمال إبراهيم مرسي للمساندة الاجتماعية بأنها "مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها المساعدة والمؤازرة، سواء كانت مواقف سراء (نجاح وتفوق) أو مواقف ضراء (فشل وتأزم) (كمال مرسي، 2000، 196).

كما يمكن تعريف المساندة الاجتماعية أيضا بأنها ذلك الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من قبل الآخرين المحيطين به (الأسرة- الأصدقاء- الجيران- زملاء العمل أو الفصل) ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم.(أسماء السرسي، وأماني عبد المقصود، 2001، 11).

أما مها جاد الله فتُعرف المساندة الاجتماعية بأنها مقدار ما يدركه الفرد وما يحصل عليه من اقتراحات ومعلومات ونصح وإرشاد وقت الحاجة من الأسرة والمعلمين والأقران (الزملاء- الأصدقاء) ومدى شعور الفرد بأنه محبوب ومحل رعاية وتقدير منهم وإشباعه لحاجاته من خلال التفاعل معهم (مها جاد الله، 2004، 25).

كما تُعرف المساندة الاجتماعية بأنها المساندة المتاحة من خلال العلاقات الاجتماعية (فاطمة ناجي، 2007، 38). كما تُعرف أيضًا بأنها "ذلك الإحساس النفسي الذي يشعر به الفرد عندما يدرك أن هناك أفراداً موجودين لمساعدته ونصحه وإرشاده، ويتركون لديه انطباعًا بأنه محل للحب والرعاية والتقدير والاحترام ويشعر في وجودهم بالانتماء وبأنه مشتركًا معهم في مجموعة من الأنشطة الضرورية والترفيهية سواء كان هؤلاء الأفراد في مجال العمل (زملاء العمل- رؤساء العمل) أو خارج بيئة العمل (الأسرة- الأقارب) (سماح رمضان، 2008، 46).

وتُعد المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي المساندة، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل (أسامه محمد، 2012، 27).

كما تعرف المساندة الاجتماعية بأنها تصور لدى الفرد بأن لديه شخص على الأقل في شبكة علاقاته الاجتماعية الداعمة يهتم به ويساعده، ويمكن أن تكون المساندة على شكل مشاركة عاطفية ومساعدة مالية ومساعدة إعلامية (ماهر يوسف، 2014، 221).

كما تُعبر المساندة الاجتماعية عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أن في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة (نبيل بحري، 2015، 91).

تعليق على تعريفات الباحثين للمساندة الاجتماعية:

يمكن استخلاص جملة من الملاحظات من خلال تعريفات الباحثين للمساندة الاجتماعية:

1- يكاد يكون القاسم المشترك بين تعريفات الباحثين للمساندة الاجتماعية هو وجود علاقات قوية تربط الإنسان بأقرانه، فهي تمنحه الرعاية والاهتمام والحب والمساعدة في كافة مواقف حياته وخاصة في المواقف الضاغطة.

2- لا تقتصر أهمية المساندة على وقت الشدة فقط بل أن المساندة في الرخاء تُشعر المساند بالأمان وتجعله أصح بدنياً ونفسيًا.

3- تنطوي دراسة المساندة الاجتماعية على صعوبة تحديد معنى لهذا المصطلح، وأيضا وجود تعدد واختلاف في وجهات النظر لهذا المفهوم، ويرجع هذا التعدد إلى اختلاف في التوجهات النظرية لدراسة المساندة الاجتماعية، وتشير أيضاً هذه التعريفات إلى أنه مهما كان الأساس أو الإطار النظري الذي ينطلق منه اصطلاح المساندة الاجتماعية فإن معظم هذه التعريفات تتضمن مكونين رئيسين هما:

الأول: إدراك الفرد بوجود عدد كافي من الأفراد في شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها، يمدونه بكافة أشكال الدعم المادي والمعرفي والوجداني والسلوكي التي تساعده في تخفيف الآثار النفسية في علاقاته مع أحداث الحياة الضاغطة.

الثاني: رضا الفرد عن مصادر المساندة الاجتماعية وإحساسه بمدى كفايتها في مواجهة كافة مصادر الضغوط اليومية المتعددة.

4- ركزت أغلب التعريفات المعروضة على المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء مما أدى بالباحثة أن تتناول المساندة الاجتماعية من قبل هذين المصدرين.

أهمية المساندة الاجتماعية:

إن للمساندة الاجتماعية تأثير على طريقة تفكير وأفعال ومشاعر الآخرين من خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض، وبناء على نظرية ماجواير Maguir (1991) أن شبكة المساندة الاجتماعية تستطيع أن تمد الفرد بالآتي:

1- تمد الفرد بإحساسه بذاته Sense of self حيث إنه يتم تعزيز الفرد من قبل الأسرة والآخرين.

2- تمد الفرد بالتشجيع والتغذية المرتدة الإيجابية Encouragment and Positive Feed Back حيث إن نظام المساندة الاجتماعية الإيجابية يمد الفرد بالتغذية المرتدة بأن له قيمة وأهمية.

3- يمد الفرد بالفرص الاجتماعية socialization opportunities.

4- يساعد نظام المساندة الاجتماعية الفرد في تحديد المشكلات والبحث عن حل ومساعدة مناسبة له.

5- تحمي الفرد من الضغط حيث إن الفرد الذي لديه مساندة اجتماعية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط الحياتية اليومية بشكل أكثر نجاحاً من الذين لديهم ضعف في المساندة الاجتماعية (مها جاد الله، 2004، 38).

ويرى بولبي Bowlby (1980) أن الفرد الذي يتلقى مساندة اجتماعية تتميز بالمودة مع الآخرين منذ سنوات حياته الأولى يصبح بعد ذلك شخصاً واثقاً من نفسه وقادراً على تقديم المساندة الاجتماعية للآخرين ويصبح أقل عُرضة للاضطرابات النفسية وتزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الإحباطات وتجعله قادراً على حل مشاكله بطريقة جيدة (فهد الربيعة، 1997، 19).

كما أن المساندة الاجتماعية تعمل على التخفيف من الإحساس بالمرض وتساعد الفرد على تحسين أدائه لوظيفته، وتؤدي إلي زيادة مشاعر السعادة والرفاهية، وأن تلقي المساندة الاجتماعية أو تقديمها للآخرين يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة الجسمية والنفسية الموجبة (شيماء أحمد، 2009، 28).

وبالإضافة إلى كون المساندة الاجتماعية أحد مصادر التأثير الاجتماعي وأحد عوامل التغيير، فإن الأشخاص يؤثرون في بعضهم البعض كمصادر المساندة، ففي السنوات الأخيرة أجريت بحوث مهمة على آثار المساعدة التي يتلقاها الأفراد من خلال المساندة غير الرسمية التي يحصلون عليها من الأصدقاء والجيران وأفراد الأسرة (معتز سيد، 2000، 25).

فالإنسان بطابعه مخلوق اجتماعي، وقد جعله الله سبحانه وتعالى دائمًا في حاجه مستمرة يستمد العون من أخيه الإنسان، والمساندة الاجتماعية متغيراً أساسيًا في حياة الأفراد بصفة عامة ولدى المرأة بصفة خاصة فهي مخلوق ضعيف مرهف المشاعر فكلما زادت المسئولية عليها كانت بحاجة للتواصل الاجتماعي مع الآخرين والذي يدعم حياتها بالحب والتقدير والانتماء ويزيد من قوتها لمواجهة ضغوط الحياة، إذ وجد الباحثون أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بظهور الأعراض المرضية والاكتئابية.

كما تتضح أهمية المساندة الاجتماعية في قيامها بمهمة تعميق تقدير الفرد، واحترامه لذاته، وتشجيعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في حياته اليومية (هيام عبد الجواد، 2006، 48- 49).

ومن الأمور الأساسية في علم النفس الصحي، ذلك الفرد الذي ينص على أن المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسة في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة (حسين فايد، 1998، 161).

أما بالنسبة لأهمية المساندة الاجتماعية للمتحولين جنسيًا فيرى الباحث من خلال نتائج البحوث والدراسات السابقة التي أجريت على المساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا قد أمكن للباحثة تحديدها فيما يلي:

1- تخفف من وقع الضغوط النفسية على المتحولين جنسيًا في العمل.
2- تخفف من أعراض القلق والاكتئاب والميول الانتحارية.
3- تؤثر على الصحة النفسية والجسمية تأثيراً إيجابياً.
4- تزيد من الشعور بالرضا عن الذات والحياة.
5- تؤثر في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي.
6- تساعد على حل المشكلات المرتبطة بالحياة الزوجية.
7- تزيد من الارتباط الإيجابي بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في (الأسرة- الأقارب- الجيران- الأصدقاء- زملاء العمل).

ومن ثم تُعد المساندة الاجتماعية إحدى الفنيات المهمة في العلاج النفسي والتعامل مع الضغوط للأفراد حيث تمثل المساندة الاجتماعية عاملاً مهماً من العوامل التي تسهم في تحسين الصحة النفسية ويمكن اعتبارها مساندة تقدم عادة وقت الحاجة أو الضرورية، ولذلك حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام شديد من جانب الباحثين باعتبارها مصدراً مهماً من مصادر الدعم النفسي الفعال الذي يحتاجه الفرد، فيذكر شعبان جاب الله أن المساندة الاجتماعية حظيت باهتمام كبير من جانب الباحثين اعتماداً على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة، والأصدقاء، والزملاء في العمل، أو المدرسة، أو الجماعة، أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها (محمود عطية، 2010، 97).

وظائف المساندة الاجتماعية:

يرى كثير من الباحثين أن المساندة الاجتماعية لها دوران أساسيان في حياة الفرد:

أولاً: الدور النمائي: إن الدور النمائي للمساندة الاجتماعية يتحدد في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أن هذه العلاقات يوثق بها أفضل من ناحية الصحة النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات.

ثانياً: الدور الوقائي: فالمساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجابتهم المؤلمة لتلك الأحداث تبعًا لتوفير مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كماً ونوعاً، وقد أصبح هذا التأثير معروف بنموذج الأثر المُلطف للمساندة الاجتماعية (ميريت سمير، 2006، 64-65).

أهداف المساندة الاجتماعية:

1- الدافعيـة: حيث تهدف المسـاندة الاجتماعيـة إلـى إثـارة الـوعي بالدافعيـة للمـريض النفسـي، وإثارة الوعي تهدف إلى إثارة المعرفة بالفعل أو الهدف غير الواضح المريض النفسي؛ وهذا يؤدي إلى إثارة رغبات التحدي الداخلية لمواجهة المشكلات وبالتالي حدوث الدافعية.

2- تهدف إلى تقوية مفهوم الذات: إذ أن مفهوم الذات يكون نتاج التفاعلات الاجتماعية وردود الأفعال الاجتماعية، فالذات نتاج معارفه من إدراكاته عن نفسه وعلاقاته الاجتماعية وبالتالي فإن المساندة الاجتماعية تسهم في تعديل إدراكاته الخاطئة عن الآخرين من خلال المساندة بالمعلومات من خلال التوجيه المعرفي.

3- الثقة في النفس: وهي تعني القدرة وعدم الاعتمادية على الآخرين وهي تمثل في المساندة الاجتماعية ثقة اجتماعية متبادلة ومتداخلة تؤثر على التحسن الكبير في الصحة النفسية وزيادة القدرة على التخفيف من الضغوط والكفاءة العالية في العلاقات الشخصية المتداخلة (ضياء الدين محمد، 2009، 92).

مصادر المساندة الاجتماعية:

تختلف مصادر المساندة وتتنوع حسب الظروف المختلفة، ولقد اختلفت الدراسات في تناولها لمصادر المساندة وإن كان هناك إجماع على أن أهم مصادر المساندة هي الأسرة والأصدقاء، بينما المساندة المُقدمة من قبل المعلمين والأقارب كانت محدودة، وتكون مصادر المساندة الاجتماعية ما يسمي بالشبكات الاجتماعية وتتمثل في الأسرة والأصدقاء والزملاء والمعلمين والجيران والزوجات والطوائف الدينية وهي الشبكات الواقعية التي ينتمي إليها الأفراد ويعتمدون عليها من أجل المساندة الاجتماعية (الشناوي عبد المنعم، 1998، 12).

وتختلف المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، فنجد أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة ممثلة في الأسرة (الأم- الأب- الأشقاء)، وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في الأسرة وجماعات الرفاق، وفي مرحلة الرشد تتمثل المساندة في الزواج وكذلك علاقات العمل والأبناء (عماد مخيمر، 1997، 108).

ويتضح مما سبق أن الإنسان يحصل على المساندة الاجتماعية إما بشكل رسمي أو غير رسمي كما يأتي:

1- المساندة الاجتماعية الرسمية.

2- المساندة الاجتماعية غير الرسمية.

أولاً: المساندة الاجتماعية الرسمية:

ويكون ذلك عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات الأهلية المتطوعة حيث يقدمها الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون المؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم المساندة الاجتماعية للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم ومشاكلهم في مواقف الأزمات.

وتحرص جميع المجتمعات علي توفير المساندة الاجتماعية الرسمية عن طريق مراكز التدخل المبكر أو السريع ومؤسسات المساعدات المالية والعينية ومراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي ومراكز الإسعافات الأولية والخطوط التليفونية الساخنة ومجالس إدارة الأزمات وغيرها (كمال مرسي، 2000، 198).

ثانيًا: المساندة الاجتماعية غير الرسمية:

وتُعرف المساندة الاجتماعية غير الرسمية بأنها السند العاطفي أو المساعدات الملموسة المقدمة فعلاً والمتوقع أن تكون متاحة من أعضاء الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران، والمساندة غير الرسمية توفر المساعدة المقدمة من الأسرة والأصدقاء والجيران "أي الأفراد الذين ليس لديهم التدريب أو الخبرة في مجال المساعدة" (نعمة نادي، 2012، 71).

ويحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، فمن يساعد أخاه اليوم سوف يجده في مساعدته غداً فهذه سنة الحياة "كما تدين تُدان" أي إذا ساعدت الناس عند حاجتهم إليك سوف تجدهم في مساعدتك عند حاجتك إليهم (شيماء عبد الغني، 2013، 28).

ويعتقد كابلان أن أفراد الأسرة لديهم إمكانيات فريدة لتقديم كل من المساندة الانفعالية والمساندة الأدائية، كذلك أوضحت الدراسات أن المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء ارتبطت ارتباطاً قوياً بالصحة العامة (شيماء عبد الغني، 2013، 12).

شروط تقديم المساندة الاجتماعية:

هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوافر في عملية المساندة النفسية والاجتماعية عند تقديمها ومن أهمها:

1- كمية المساندة: لابد أن يكون معدل المساندة الاجتماعية والنفسية معتدل عند تقديمها للمُتلقي حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته.

2- اختيار الوقت المناسب لتقديم المساندة: وهذا البعد يحتاج للكثير من المهارة الاجتماعية لدى مانحي المساندة حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي.

3- مصدر المساندة: لابد أن تتوافر بعض الخصائص لدى مانح المساندة والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم المساندة.

4- كثافة المساندة: إن تعدد مصادر المساندة الاجتماعية والنفسية لدى المتلقي يؤدي سريعاً إلى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي وتساعده سريعاً على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.

5- نوع المساندة: يتمثل هذا البعد في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي من تصرفات وسلوكيات تتناسب مع نوع وطبيعة المساندة التي تُقدم إليه (علي عبد السلام، 2005، 31-32).

6- التشابه والفهم المتعاطف: في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي يمكن تقبل المساندة النفسية والاجتماعية وتكون فعالة لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح والمتلقي متشابهة (سماح رمضان، 2008، 52).

ويؤكد الباحث على أهمية تلك الشروط عند تقديم المساندة الاجتماعية للمتحولين جنسيًا، فلابد من الفهم الكامل للخصائص النفسية والشخصية لهذه الفئة، والتعامل معها بمرونة وسعة صدر، مع توفر المهارة والقدرة على توجيهها لتتعايش مع واقعها المفروض عليها بشكل أفضل، ويتحقق لها قدر كاف من الصحة والتوافق الشخصي والاجتماعي.

أنواع المساندة الاجتماعية:

يشير "هاوس" (House,(1981 إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع وهي:

1- **المساندة الانفعالية Emotional support:** ويقصد بها مشاعر المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام، والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أو يمر بخبرة اكتئاب أو حزن، أو قلق أو فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة المُقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة أو أنه محبوب، وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص أو(يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين والتي تشتمل على الرعاية والثقة والقبول والتعاطف والمعاضدة.
2- **المساندة الأدائية Instrumental support:** والتي تشمل المساندة التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من خلال إلحاقه بعمل يتناسب وإمكانياته وكذلك مساندته بالمال.
3- **المساندة بالمعلومات Informational support:** والتي تشمل المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعلم مهارة وحل مشكلة وإعطاء معلومات يمكن أن تساعد في عبور موقف أو أزمة ضاغطة (محمد غانم، 2006، 179).

ويضيف بعض الباحثين إلى ما سبق، المساندة النفسية أو المساندة بالتقدير أي إدراك الفرد أنه موضع رعاية وتقدير من قبل الآخرين ذلك لأن المساندة المادية ويقصد بها "المساعدة على أعباء الحياة اليومية"، أما الثاني فهو المساندة النفسية وتشمل التصديق علي الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس، ويشير(داك) إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية وحاجة الأشخاص إليها وإن كانت الحاجة إلى كل منهما تتفاوت من ظرف إلى آخر ومن علاقة معينة إلى أخرى (محمد غانم، 2006، 180)

كما يمكن تقسيم المساندة الاجتماعية إلى خمسة أبعاد وهي:

1- المساندة الوجدانية: والتي تؤدي إلى إحساس الفرد بالاستقرار والراحة النفسية.

2- التكامل الاجتماعي: وتتمثل في المشاركة المادية والوجدانية في المواقف الصعبة التي يتعرض لها أي عضو في شبكة العلاقات الاجتماعية.

3- مساندة التقدير: وتظهر في دعم شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد حتى يشعر بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات.

4- المساعدات المادية: وتتمثل في تقديم العون المادي.

5- المساندة المعرفية: وتظهر في عمليات التوجيه والإرشاد (نعمة نادي، 2012، 65-66).

وفي ضوء ما سبق عرضه من تصنيفات وأنواع متعددة للمساندة الاجتماعية يخلص الباحث إلى أنه يمكن تحديد أنماط المساندة الاجتماعية في الأنواع التالية:

1- **المساندة الانفعالية:** وتُعرف بأنها مظاهر الرعاية والاهتمام التي تُقدم بشكل لفظي أو غير لفظي، وتتضمن الاستماع والتعاطف والطمأنينة وتتيح الفرصة للتعبير عن المشاعر التي ربما تُخفض من المشقة، وتؤدي إلى تحسين العلاقات بين الأفراد والتزود ببعض الأهداف أو المعاني لخبرات الحياة (شيماء عبد الغني، 2013، 23).

2- **المساندة المعرفية:** ويقصد بها المساندة الفكرية العقلية التي تقوم على النصح والإرشاد وتقديم المعلومات التي تساعد على فهم الموقف بطريقة موقفية موضوعية، وتجعله أكثر تبصراً بعوامل النجاح أو الفشل، فتزداد قدرته على مواصلة النجاح وعلى تحمل الفشل والإحباط؛ بل قد يجد في النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح (كمال مرسي، 2000، 197).

3- **المساندة المالية:** وتتمثل في تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وهي مساندة مباشرة وفعالة في الموقف ويحصل عليها الفرد من مساعدة الناس له بالأموال والأدوات ومشاركته في بذل الجهد وتحمل الموقف وتخفيف المسئولية وتقليل الخسائر (نعمة نادي، 65،2012).

4- **المسـاندة التقديريـة:** ويُشـار إلـى هـذا النـوع مـن المسـاندة بمسـميات مختلفـة مثـل المسـاندة النفسـية، والمسـاندة التعبيريـة، ومسـاندة تقـدير الـذات، ومسـاندة التنفـيس، والمسـاندة الوثيقـة، وتتضـح هـذه المسـاندة عنـدما يتلقـى الفـرد مـن الآخـرين التأييـد والتشـجيع المسـتمر لآرائـه وأفكـاره خاصـة عنـد مقارنتهـا بـآراء غيـره، ويـدرك الفـرد هـذا التأييـد عـن طريـق تقـديم معلومات مباشرة تفيد في ارتفاع تقدير الفرد لذاته ولفاعليتها عند مواجهة الشدائد.

5- **مساندة الصحبة الاجتماعية:** ويقصد بها مساندة الانتشار والانتماء، وهي تشتمل أيضاً علـى قضـاء بعـض الوقـت مـع الآخـرين فـي أنشـطة الفـراغ والتـرويح، وهـذه المسـاندة قـد تخفـف الضغوط أيضاً من خلال المساعدة على إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات أو عـن طريـق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة (شيماء عبد الغني، 2013، 25- 26).

الفروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية:

اختلفت نتائج الدراسات السابقة في وجود فروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية، فقد اتفقت كل من لوبز وايلي وجارسيا (2000) أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في إدراك المساندة الاجتماعية من الوالدين والمعلمين والأقران (الزملاء والأصدقاء) في اتجاه الإناث، بينما اتفق الشناوي عبد المنعم (1998) ومالكوشMalkouch (2000) وكينى Kenny (2002) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المساندة الاجتماعية (شيماء أحمد، 2009، 31).

أما كالاروسي Colarossi(2000) فقد ذكر أن الذكور يدركون المساندة الاجتماعية من الآباء أكثر من الإناث، بينما الإناث يدركن المساندة من الأصدقاء أكثر من الذكور، ولا توجد فروق في الجنس في إدراك المساندة من الأمهات والعائلة الممتدة والبالغين الآخرين (مها جاد الله، 2004، 39).

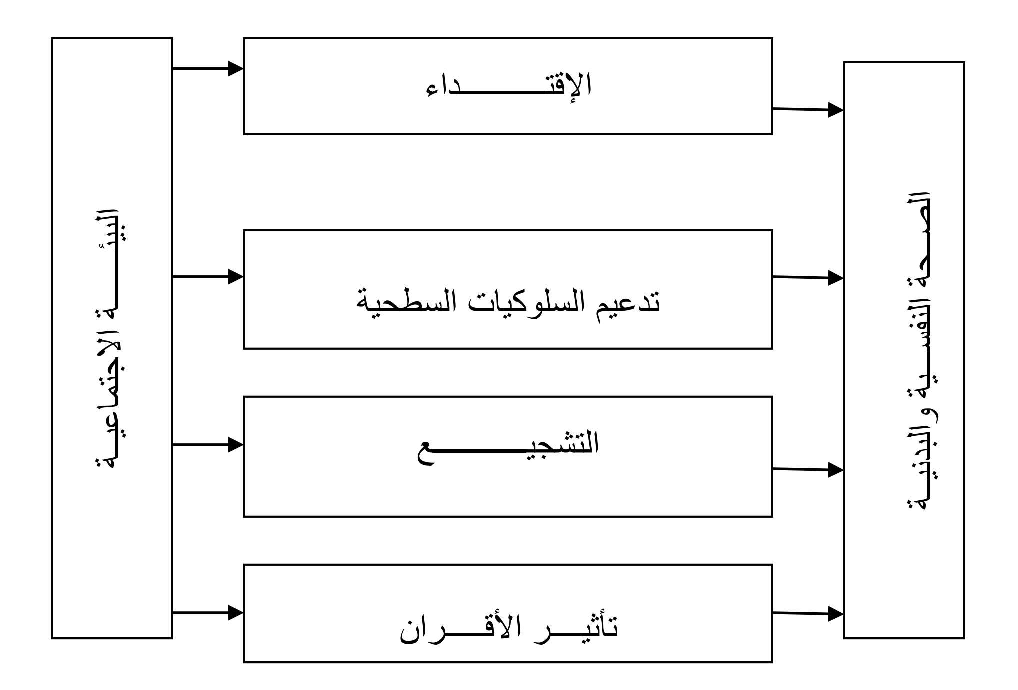
ويرى الباحث أن معظم الدراسات في موضوع البحث هذا أثبتت الفروق بين المتحولين إلي إناث، والمتحولين إلى ذكور في المساندة الاجتماعية، وإن كانت بعض هذه الدراسات أكدت على وجود تعسف مجتمعي للمتحولين كافة.

النماذج الرئيسة لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية أنموذجين رئيسين يفسران الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية وهما:

أولاً: نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية:

ويقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد، وذلك بغض النظر عما إذا كان يتعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة أم لا- ويوضح الشكل التالي التصور الأساسي لهذا النموذج.



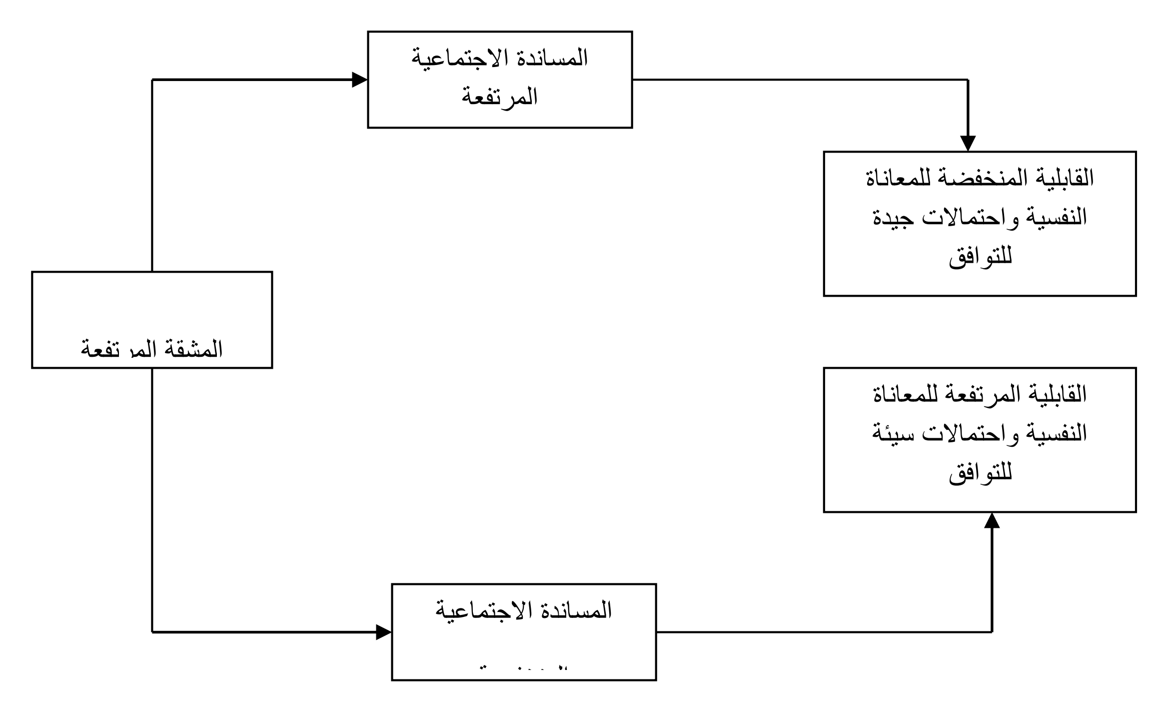
شكل (2) نموذج الآثار الرئيسة للمساندة (عواطف شوكت، 2002، 197).

ويصور هذا النموذج للمساندة من وجهة نظر (سوسيولوجية) علم الاجتماع على أنه "تفاعل اجتماعي منظم أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية"، أما من المنظور (السيكولوجي) علم النفس فإنه ينظر للمساندة على أنها "تفاعل اجتماعي، واندماج اجتماعي، ومكافأة العلاقات، ومساندة الحالة (محمد محروس، ومحمد السيد، 1994، 39).

ويفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد وهنائه بصرف النظر عن إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا (ميريت سمير، 2006، 67).

ثانياً: النموذج الواقي أو المخفف:

يفترض هذا النموذج أن أحداث الحياة المثيرة للمشقة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية للمساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للمشقة عليه، ويوضح الشكل التالي الفكرة الرئيسة التي يقوم عليها هذا النموذج.



شكل (3) نموذج الوقاية من المشقة (شعبان رضوان، وعادل هريدي، 2001، 76)

ويشير هذا النموذج إلى أن المساندة الاجتماعية سواء أكانت مساندة عاطفية أو مساعدة عملية في المواقف الضاغطة الصعبة تمنحنا الوقاية من التعرض للآثار النفسية السلبية، ويري كابلن وآخرون (1993) أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي إلى إحداث الكثير من الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية لدى الفرد إذا ما انخفضت مستويات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، وأن ارتفاع مستوي المساندة الاجتماعية يقي الفرد من الوقوع تحت براثن هذه الأمراض، ويؤدي إلى الرضا عن حياته وعن عمله (نعمة فاروق، 2013، 25).

وهنا نستطيع أن نشير إلى أن الدور الرئيسي الذي تقوم به المساندة الاجتماعية كنموذج يخفف من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة يمكن أن يظهر في محورين أساسيين هما:

المحور الأول: يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحدث الضاغط وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الشخص بأن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والإمكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف، أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فإن الفرد لا يُقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

المحور الثاني: المساندة المناسبة قد تتدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية)، وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط أو بالتأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تأثير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة حيث يحدث كبح للهرمونات العصبية بحيث يصبح الشخص أقل استجابة للضغط المُدرك أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحية الصحيحة (نعمة فاروق، 2013، 26- 27).

النظريات المفسرة المساندة الاجتماعية:

حدد كل من بيرس Pierce وساراسون Sarason خمسة اتجاهات نظرية بارزة لدراسة المساندة الاجتماعية وتفسيرها وهي:

أولا: النظرية البنائية: The Structural Theory

يشير كابلن وآخرون(Kaplan et al.,) إلى أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها وتعدد مصادرها، وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقايته من أي أثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة (سماح رمضان، 2008، 58).

كما تهتم النظرية البنائية أيضًا بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية، وتعدد مصادرها وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد، كما أن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تؤدي دوراً هامًا في تعزيز المواجهة الإيجابية دون إحداث أية أثار سلبية على الصحة النفسية للفرد، ولقد قدم ستوكس Stokes وهو من أحد علماء النظرية البنائية قائمة لقياس بعض أبعاد المساندة الاجتماعية ومن أهمها حجم المساندة الاجتماعية وكثافتها ومصادرها المختلفة (علي عبد السلام، 2005، 54).

ولعل أحد العيوب الواضحة لهذه النظرية في دراسة المساندة هو إهمالها لشبكات المساندة الكبيرة الواسعة التي تحدث فيها المساندة وتتم في إطارها، كما أنها لا تؤدي لأي نتائج تجريبية ثابتة وجوهرية، ولكنها بالرغم من ذلك ساعدت في تأكيد الحاجة للاهتمام ببيئة التفاعل الشخصي التي تتم فيها أفعال المساندة الاجتماعية وفقاً لما تقوم به الأفعال المساندة من أدوار هامة في مواجهة الفرد للضغوط وكذلك دورها في سعادة النفس (بشرى إسماعيل، 2004، 33).

كما ساعدت هذه النظرية في تأكيد الحاجة إلى معرفة أبعاد شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في البيئة المحيطة به وفقا لما تقوم به من أفعال إيجابية تساعد الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وتخفف عنه الآثار السلبية التي يمكن أن تحدثها هذه الأحداث (علي عبد السلام، 2005، 54).

ثانياً: النظرية الوظيفية The Functional Theory

لقد أكد علماء النظرية الوظيفية على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والتي تعمل على مساندته في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته، وتركز هذه النظرية أيضًا على تعزيز أنماط سلوك التداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد.والمساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به وأنه يشعر بأنه محط الرعاية من الآخرين، وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه ويحس أيضا بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به (علي عبد السلام، 2005، 54- 55).

ولكن وجهت بعض الانتقادات إلى النظرية الوظيفية من أهمها:

1- فشل الباحثين في تحديد أي أنواع المساندة الاجتماعية يكون مفيداً للأفراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة، فمثلاً إذا افتقد روبرت Robert وظيفته فهل هو بحاجة إلى قرض مالي أم أنه يحتاج إلى صديق يخفف عنه قلقه؟!

2- كذلك فشلت في معرفة أن تأثير أنواع محددة للمساندة الاجتماعية على المواجهة والتوافق هو منبأ ليس فقط للموقف الضاغط، ولكن أيضًا لتلك العلاقات الشخصية التي يمنح فيها تقديم المساندة للفرد. وهذا النقص النظري يفسر لنا لماذا يجد هؤلاء الباحثون صعوبة في الحصول على تأييد وتدعيم الفرض القائل بأن: "إمدادات اجتماعية محددة تكون مفيدة للأفراد الذين يمرون بأنواع معينة من ضغوط الحياة" مثل فشل الباحثين الذين درسوا العلاقة بين وظائف المساندة الاجتماعية والبطالة في إيجاد علاقة بين المساندة المادية والتوافق الشخصي لدى الذين يعانون من البطالة.

3- لم يدرج علماء هذه النظرية مفهوم "المدلول الشخصي" للخبرات المساندة الذي يؤثر تأثيراً قويًا في فعالية ووظائف المساندة للفرد، وكذلك في قدرة الفرد على المواجهة والتكيف مع الظروف الضاغطة، ويقصد بالمدلول الشخصي تفسير الفرد للأفعال والاستجابات المساندة من أفراد الشبكة الاجتماعية (بشرى إسماعيل، 2004، 34).

ثالثاً: النظرية الكلية The General Theory

وتؤكد هذه النظرية على حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها الفرد، وتركز أيضاً على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية (هيام عبد الجواد، 2006، 58).

وتهتم النظرية الكلية أيضًا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر، وهذا الإدراك الكلي للمساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الاجتماعية أهمها: مقياس إدراك المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء لكل من بروسيد نيو Proocidono، وهيلر Heller ، والميزة المهمة لهذه المقاييس المُستخلصة من النظرية الكلية والخاصة بالمساندة المدركة تركز على الشعور بالقبول، والتقدير من الآخرين، وأيضًا تقديم الأفعال المتعددة للمساندة الاجتماعية (علي عبد السلام، 2005، 55).

رابعاً: نظرية التبادل الاجتماعي Social Exchange Theory

تتسم هذه النظرية باتجاهها النظري الذي ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة (علي عبد السلام، 2005، 55-56).

وتفترض النظرية أن الأفراد في العلاقات التبادلية يقومون بتقديم الفائدة مع توقع تلقيها في نفس الوقت، كما تتوقع تلك النظرية أن وجود أي اضطرابات في توقع تلقي المساندة أو تقديمها سوف تؤدي إلى أوجاع نفسية سيئة، فقد وجدت الدراسات التجريبية المتعلقة بإرجاع المتلقين للمساندة أنه في ظل عدم قدرة الأشخاص على تلقي المساندة أو في حالة التلقي الزائد لها سوف يعاني هؤلاء الأشخاص من بعض المشاعر السلبية (أسامة محمد، 2012، 31).

حيث ينظر إلى العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر من أهم نظريات التبادل الاجتماعي علي أنها تتكون من تبادل المصالح والفوائد، ومن بين العوامل المهمة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة إذ إن التكافؤ مهم في علاقات العمل "علاقات ملزمة" وكذلك في العلاقات الودية "علاقات الأصدقاء" (فوزية إبراهيم، 2012، 18).

خامساً: نظرية المقابلة الاجتماعية Social Comparison Theory

وفقاً لوجهة نظر هذه النظرية فإن الأشخاص قد يفضلون أحياناً الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل علي تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم. ويروا أيضا أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة يلتصقون بآخرين أفضل منهم ولكنهم يحيطون بصفة خاصة في محاولاتهم للوصول إلى مصادر المساندة التي يرغبونها ويشعرون بضغوط أحياناً تكون أكثر حدة (حسين فايد، 1998، 4).

يخلص الباحث مما سبق أن هناك اختلاف في وجهات النظر لمفهوم، ومكونات، وأنواع ، ومصادر شبكة العلاقات الاجتماعية التي تقوم على أساسها عملية المساندة الاجتماعية، إلا أنه لا يمكن تفضيل أحد هذه الاتجاهات النظرية وترك الأخرى، ولكن من الأفضل أن يسعى ويجتهد علماء النفس إلى العمل على توحيد وتكامل كل هذه الاتجاهات في نظرية تفاعلية متكاملة تجمع كل أبعاد ومصادر المساندة الاجتماعية التي يحتاجها الفرد في حياته اليومية، والتخفيف من حدة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها حتى يصل إلى أقصى مستويات الحفاظ على الصحة النفسية والعقلية له.

المساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا:

لقد وثقت الأبحاث أن مضطربي الهوية الجنسية عامة، والمتحولين جنسياً خاصة يمرون بحالات من الانعزال، والوحدة، والنبذ الاجتماعي، وافتقادهم للمساندة الاجتماعية مما يؤدي بهم إلى الاكتئاب واليأس ومن ثم الميول الانتحارية وذلك بسبب الظلم الاجتماعي الواقع عليهم، وعدم قدرتهم على إيجاد وسائل للهروب من واقعهم الأليم (Okhan & Jale, 2016, 1135).

فالتعسف المجتمعي والتمييز العنصري للمتحولين جنسيًا له تأثير سلبي على حياتهم، فهم لا يعانون فقط من عدم المساندة الاجتماعية والعاطفية، بل يعانون أيضًا من النبذ دينيًا واجتماعيًا، كما يعانون من مشكلات اقتصادية؛ ومن ثم تصبح الميول الانتحارية هي نهاية المطاف بالنسبة لهم، فكل هذا كفيل بأن ينهي لديهم أية رغبة في الحياة (Rogerio, Ritam & Anyay, 2008).

الفصل الثالث

التحول الجنسي.

- الهوية الجنسية.
- تعريف اضطراب الهوية الجنسية.
- معدل انتشار اضطراب الهوية الجنسية والتحول الجنسي.
- مظاهر اضطراب الهوية الجنسية.
- معايير تشخيص اضطراب الهوية الجنسية.
- أسباب اضطراب الهوية الجنسية.
- النظريات المفسرة لاضطراب الهوية الجنسبة .
- تعريف التحول الجنسي والمتحولين جنسياً.
- مراحل إجراء جراحة التحول الجنسي.
- أشهر حالات التحول الجنسي.

الفصل الثالث

: التحول الجنسي (Trannssexualism)

مقدمة.

ماذا يفعل الأب إذا جاءه ابنه البالغ من العمر (20) عاماً يقول أريدك أن تساعدني يا أبي لإجراء جراحة أتحول بها إلى فتاة ... أنا اشعر أنني امرأة ... إنني أنتمي إلى عالم النساء ... أنا رجل من الخارج ولكن في داخلي امرأة، وماذا تفعل الأم إذا جاءتها ابنتها البالغة التي برز نهديها وتأتيها الدورة الشهرية بانتظام ولها كل المظاهر الأنثوية الداخلية لتقول لها يا أمي أنا لا أشعر أنني أنثى، أنا رجل ... أنا أكره جسدي الأنثوي ... أريد جراحة أتحول بها إلى رجل ... أنا تعيسة بانتمائي إلى عالم النساء ... مكاني الحقيقي بين الرجال.

لعلها لحظات صعبة بالنسبة للأب والأم، لعلها أزمة أو مصيبة تواجه بها العائلة ولا تدري ماذا تفعل حيالها، ولعل الأسرة تمر بعدة مراحل حتى تقتنع في آخرها أنها أمام حالة مرضية تستدعي اللجوء للطبيب ... وحتى بعد زيارة الطبيب المختص تظل الأسرة رافضة تماما لفكرة تحويل ابنها إلى فتاة أو ابنتها إلى فتى، إنه أمر صعب وليس من السهل قبوله وقد تظل الأسرة لسنوات طويلة يُخيم عليها التعاسة والشقاء وتظل في صراع مع ابنتها أو ابنها ... الابن أو الابنة مُصران على التحول، والأب والأم يعاندان ويماطلان ويرفضان بعنف أحياناً وبلين أحياناً أخرى، ولكن أبداً لا يذعنان للابن أو الابنة. ليس أمراً سهلاً أن يوافق الأب أن يرى ابنه الرجل البالغ من العمر عشرين عاماً يتحول إلى فتاة، وليس أمراً سهلاً أن توافق الأم على أن تتحول ابنتها البالغة من العمر عشرين عاماً أو أقل أو أكثر إلى رجل. وإذا وصلت الحالة إلى الطبيب فإن المشكلة لا تكون فقط في المريض أو المريضة ولكن في الأسرة أيضاً ... فالكل يعاني وعلى الطبيب أن يساند الجميع (فاتن قنصوه، 2018، قيد النشر).

إنه مرض معروف باسم اضطراب الهوية الجنسية أو مرض الرغبة في التحول الجنسي، وقد يظهر قبل المراهقة وقد تكون له مقدمات قبل سن المراهقة ولكنها تتضح وتتأكد بعد العبور بالمراهقة (عادل صادق، 1990، 295-296).

ويرى الباحث إن التحول الجنسي عملية معقدة علمياً وطبياً وهي تُعد من الثورات في عالم الجراحة، إذ تعالج حالات مرضية مثل اضطراب الهوية الجنسية، أو الاختلال الهرموني الجنسي وحينها تسمى العملية "التصحيح الجنسي" وهو الاسم الذي يراه الأطباء أقرب لوصف العملية من التحول الجنسي الذي يتم أحيانا استجابة لرغبة الشخص وليس لضرورة صحية.

الهوية الجنسية.

هي خصائص الفرد الجنسية العضوية التي تبدأ من بداية إخصاب البويضة بالحيوان المنوي وتحديد الجنين إما ذكراً أو أنثى، ثم يتم تخليق الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية والتركيب الهرموني بواسطة الغدد الجنسية التي تحدد المظاهر الجنسية الخارجية الخاصة بالذكر أو الأنثى. إذن الهوية الجنسية هي شعور الذكر بذكوريته والأنثى بأنوثتها، ويبدأ هذا الشعور من العام الثاني أو الثالث من العمر، ويتكون هذا الشعور نتيجة تجارب تحدث عبر مؤشرات لا حصر لها يقوم بها أفراد الأسرة، المدرسون والأصدقاء ومن البيئة الثقافية.

والدور الجنسي Gender Role جزء من الهوية الجنسية ومُستمد منها جزئياً، فالإنسان لا يولد بدوره الجنسي، ولكنه يكتسبه بخبرات متراكمة بوسائل تعليمية مختلفة وغير مُخطط لها، أي تحدث بطريقة عفوية وذلك من خلال التوجيهات المباشرة وغير المباشرة؛ ورغم أن الدور الجنسي يرتكز أساساً على الهوية الجنسية، ولكن التربية الجنسية لها دور مهم في تحديد الدور الجنسي (محمد الحسن ، 2009، 82).

وتُعرف الهوية الجنسية بأنها "تلك العملية التي يكتسب الفرد فيها القيم والاتجاهات والمعتقدات وأنماط السلوك المناسبة للجنس الذي ينتمي إليه، وعملية الاكتساب تلك توحي لنا بأن نظام الجنسين هو من فرض الثقافة التي تخلق خصائص متميزة لكل نوع، ويتقدم الرجال والنساء في الحياة ومن المتوقع أن يمارس كل منهما دوره في الحياة بشكل متكامل وليس متماثل، أما إذا حدث التماثل وأدى كل منهما دور الآخر آنئذ يحدث اضطراب الهوية الجنسية؛ فالهوية الجنسية هي هوية الفرد التي كونها من خلال خبراته المختلفة لكونه ذكراً أم أنثى وهذا المعنى للوعي بالذات يتم النظر إليه على أنه خبرة داخلية خاصة للتعبير الصريح عن دور النوع.

كما أنها تعني "اكتساب الطفل من خلال ثقافة المجتمع الدور الجنسي الخاص بنوعه ويتصرف بناء على ذلك، أو الحالة الجنسية للفرد التي تحدد بيولوجياً الأساس الداخلي بالذكورة أو الأنوثة (خالد محمد، 2014، 22).

وإنه لمن الأعمال الرئيسة والمهمة والتي يجب القيام بها في مرحلة المراهقة والتي تنطوي عليها كثيراً من مطالب النمو هو أن يكتسب المراهق شعوراً واضحاً بهويته الذاتية أي يجد المراهق جوابا شافيا لمشكلته من أنا who is me؟ ومن أكون؟ وما دوري في المجتمع؟ وكيف أثبت وجودي؟ وكيف أحقق النجاح؟، ويجد المراهق نفسه أمام مطالب متعددة وأفكار متناقضة مما يجعله يعيش صراعات متعددة وخاصة في ظل التغيرات الجسمية، والعقلية، والنفسية، والانفعالية (كونجر وبول وكاجان، 1986، 480).

وتحدث مرحلة تعلم الهوية في مقابل اضطراب الهوية في سن المراهقة وتبدو هذه العملية من خلال التغييرات التي تطرأ على اهتمامات المراهق وميوله وتفكيره وصداقته وأنماط سلوكه ومعتقداته (أحمد محمد، 2011، 3).

اضطراب الهوية الجنسية "الانزعاج الجنسي"

Sexual Identity Disorder (Gender Dysphoria)

الهوية الجنسية هي الإحساس الحقيقي للفرد بكونه ذكراً (ولد أو رجل)، أو أنثى (بنت أو امرأة) أو جنس بديل (متحول جنسياً) (Coleman et al., 2011). وهي إحساس الفرد الأساسي بكونه ذكراً أو أنثى أو غير محدد الجنس (APA., 2009). وتُعد الهوية الجنسية هي واحدة من الفروق بين الجنسين لدى البشر. وتطور الهوية الجنسية هو عملية تطورية معقدة تتأثر بالعوامل الحيوية (الغدد، والعوامل الوراثية)، والعوامل النفسية الاجتماعية، والتي تتفاعل أيضًا مع بعضها البعض (Danial & Martin, 2014, 26).

ومن المقرر بيولوجيًا أن جميع الذكور يتضمنون في تكوينهم العضوي بعض الهرمونات الأنثوية، كما أن جميع الإناث يتضمن في بنيانهن العضوي بعض الهرمونات الذكرية، ولكن من المقرر أيضًا أن نسبة الهرمونات الأنثوية في الواحد من فئة الذكور ونسبة الهرمونات الذكرية في الواحدة من فئة الإناث ينبغي أن تظل ثابتة وهي نسبة ضئيلة إذا ما قورنت بالهرمونات المضادة الخاصة بالفئة الجنسية التي ينخرط الشخص في نطاقها، فالهرمونات الذكرية لها السيادة على جميع الهرمونات الجنسية عند الذكر، كما أن الهرمونات الأنثوية لها السيادة على الهرمونات الجنسية عند الأنثى (يوسف ميخائيل، 1998، 129).

أما اضطراب الهوية الجنسية فهو مرض حقيقي وواقعي ويتطلب علاج بنفس الطريقة التي يحتاجها غيره من الأمراض النفسية وغير النفسية، ومما لاشك فيه أن تصنيف علاج اضطراب الهوية الجنسية كعلاج طبي خاص هو أحد الوسائل التي يتم من خلالها توعية الناس بأن هؤلاء الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية لديهم مشكلة يمكن الخجل منها بل أنهم مرضى ويستحقون العلاج (Cameron et al., 2012 , 235).

وبالرغم أنه تاريخيًا قد تم التعامل مع الرغبة في إجراء جراحة التحول الجنسي كطلب خارج نطاق المعقول، وإذا نظرنا إلى الموضوع بصورة أشمل نجد أن جراحة التحول الجنسي كانت تُعرف أو يتم التعامل معها على أنها أحد أنواع الفانتازيا أو الأمور التي لا يقبلها العقل، ومن ثم نتساءل هل من المفيد أن نفكر خارج نطاق المنطق عندما نفكر في هويتنا الجنسية، وشكلنا الجسدي، والاختلاف الجنسي بيننا وبين الآخرين؟ (Gozlan & Oren, 2011, 48).

والمدهش والمثير والمحير أن هذا الاضطراب قد يظهر لدى الأطفال ذوي الرابعة أو الخامسة من العمر، وهذا يعني بوضوح بالغ أن الإحساس بالأنوثة أو الذكورة إحساس موروث .. إحساس يولد الإنسان به .. إحساس طاغ لا ينال من أسلوب التربية أو شكل الملابس أو الاسم الذي يُنادى به الطفل ... فتلك الطفلة الصغيرة التي لديها هذا الاضطراب تقول بوضوح شديد "حين أكبر سأصير رجلاً"، إذ هي متيقنة من أنها ستصير رجلاً لأنها تشعر بالرجولة في داخلها ... هذه الفتاة الصغيرة ترفض اللعب مع البنات ... تقضي كل وقتها مع الأولاد وتلعب معهم وتتشبه بهم ... ترفض الحلق والخاتم والفستان وتهرع إلى ملابس شقيقها وتلبسها ....وهي تؤكد بشدة أنه لن ينمو لها ثديان مثل شقيقتها التي تكبرها وأنه بكل تأكيد سينمو لها عضو ذكري مثل شقيقها، وذلك الطفل الذكر الذي يجلس أمام المرآة مثل أمه ويهيل المساحيق على وجهه ويحرص على اقتناء عروسة ليلعب بها ويتعامل معها وكأنه أمها التي ترضعها من ثديها، ويسرق ملابس شقيقته ويلبسها لكي يبدو حقاً في صورة الأم التي تخرج ثديها من ملابسها وتعطيه للرضيع، إنها حركات أنثوية كاملة تؤكد أن هذا الطفل الذكر بداخله أنثى قوية ... ويؤكد هذا الطفل بشكل صارخ يثير الرعب في والديه أنه حين سيكبر سيتزوج رجلاً لينجب منه أطفالا يتولي مسئولية تربيتهم... ولأن الأطفال ليس لديهم مشاعر أو ميول جنسية فليس هناك أي شُبهة شذوذ أو انحراف، فالطفل يشعر فقط بأنه ينتمي إلى الجنس المخالف لصفاته التشريحية (عادل صادق، 1990، 302-303).

كما أن عديد من المرضى شعروا باضطراب الهوية الجنسية منذ الطفولة واشتد ذلك في مرحلة المراهقة والبلوغ؛ وفي هذه الحالات ينتمي الشخص إلى جنس إلا أنه يحن وينتمي إلى الجنس الآخر ولذا يصبح جسده غريباً عنه وتصبح نفسه غريبة عن جسده، لديه جسد رجل إلا أنه يشعر في داخله أنه امرأة والعكس، وطبعا ممكن أن نجد ذلك عند النساء امرأة جسدها جسد امرأة لكنها في داخلها تشعر أنها رجل، لذا لا يثيرها جنسياً رجل لأنها في داخلها تشعر أنها رجل (Amit et al., 2010, 153).

واضطراب الهوية الجنسية يُعرف بأنه "النفور من كل أو بعض الخصائص الجسمية أو الأدوار الاجتماعية التي تدل على الجنس البيولوجي الخاص بالفرد، واعتراض قوي ومستمر على جنسه، مما يؤدي إلى كرب شديد أو ضعف في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية. وأيضًا هو "اضطراب يتسم بالميل القوي والمستمر للجنس المغاير، والانزعاج المستمر لجنس الشخص، أو الإحساس غير الملائم في الدور الجنسي لهذا الجنس، مما يسبب كرباً نفسياً إكلينيكيا، أو عجزًا في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية وغيرها" (APA., 2000) .

كما يشير إلى "الكرب الذي يُصاحب التناقض بين جنس الفرد الذي يحسه، وجنسه عند الولادة" (A.P.A, 2013,451). **وهو أيضاً** "التناقض بين الجنس الذي نسب إليه عند الولادة والخبرة النفسية لكونه ذكرًا، أو أنثى" (Pasterski, Liam & Richard, 2014).

وأيضاً هو "حالة يواجه فيها الفرد عدم الارتياح، أو الكرب بسبب عدم التطابق بين جنسه البيولوجي وهويته الجنسية" (Wenn., 2015). فهم عبارة عن أفراد يُعانون من تناقض بين الجنس المحدد لهم وخبرة جنسهم. ويتسم التشخيص بتماثل مشترك قوي ومستمر بين الجنسين، وكثيراً ما يرتبط بكرب دال لخصائص الفرد الجنسية البيولوجية ودور النوع الاجتماعي المحدد له (APA., 2013,451).

ويتبنـي الباحـث هـذا التعريـف بأنـه هـو "الكـرب النـاتج عـن التنـاقض بـين الإحسـاس بالذات(هوية الجنس) وبين الجوانب(المظاهر) الجسمية والتي ترتبط بالجنس/ النوع الاجتماعي، والأدوار الاجتماعية المرتبطـة بـالجنس (Schneider et al., 2016). وهذا الكرب يسببه التناقض بين الهوية الجنسية للفرد وجنسه المحدد عند الولادة "الارتباط بين الدور الجنسي و/أو الخصائص الجنسية الأولية والثانوية" (Coleman et al., 2011).

اضطراب الهوية الجنسية: يُعرف بأنه خلل في شعور الفرد بنفسه لكونه ذكرا أو أنثى يتمثل فـي اختلال الأبعـاد النفسـية والاجتماعيـة والنمـاذج الخاصـة بالسـلوك المتماشـية مـع متطلبـات المجتمع (هبه إسماعيل، 2013، 7).

ويُعرف أيضاً بأنه: تشخيص يطلقه الأطباء وعلماء النفس علي الأشخاص الذين يُعانون من حالة اللا ارتياح أو القلق حول نوع الجنس الذي ولدوا به، وهو يُعتبر تصنيفاً نفسيًا يصف المشاكل المتعلقة بالتغير الجنسي، وهوية التحول الجنسي، والتشبه بالجنس الآخر؛ وهو تصنيف تشخيصي ينطبق بشكل عام على المتحولين جنسيا. **كما أنه** "رفض الشخص لجنسه وعدم قبوله وتعريف نفسه علي أنه من الجنس الآخر، فبدلاً من أن يقوم الذكر بدور وسلوك يتفق مع تكوينه نجد لديه شعورا دائما بعدم الارتياح وعدم القبول لدوره وشكله الخارجي الذي يراه الناس، ويعتبر نفسه أحد أفراد الجنس الآخر رغم أن الجميع يتعرفون عليه كأحد الذكور وكل الدلائل تشير إلى ذلك، ويحدث العكس بالنسبة للأنثى (فاطمة عبد الكريم، 2011، 12).

كما يُعرف بأنه: التعارض بين الجنس المُحدد أي الجنس المُسجل بشهادة الميلاد والهوية الجنسية، فالمرضى هنا يشعرون بعمق منذ الطفولة بأنهم من الجنس الآخر. وأيضًا هو: مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجياً وهويته الجنسية (هيفاء بنت منصور، 2015، 16).

فاضطراب الهوية الجنسية مرض مركب يتم تحديده من خلال عدم اقتناع الشخص بجنسه المحدد وعدم رضائه عن الهوية الجنسية التي اكتسبها عند الميلاد، مع رغبة في اكتساب سمات الجنس الآخر وأن يتم معاملته اجتماعيًا كشخص له جنس مقابل لما هو عليه. **ويمكن أن نعرفه بأنه:** مجموعة من الاضطرابات التي تشترك في سمة واحدة وهي أن الشخص يفضل ويصر أن يعيش كشخص من الجنس الآخر المقابل لجنسه (Amit et al., 2010, 153).

كما أنه: توحد قوي ومستمر للفرد مع الجنس الآخر، وعدم ارتياح مستمر وشديد لنوعه وتكوينه الجسمي، والشعور المستمر بأن لديه نفس المشاعر وطرق التفكير والاستجابات النمطية المميزة للجنس الآخر، مع الرغبة القوية في أن يعامله الآخرون على أنه من الجنس الآخر، وأن يحيا بقية حياته منتمياً إلى الجنس الآخر (عماد مخيمر، وعزيز بهلول، 2003، 462).

ومضطربو الهوية الجنسية سواء كانوا من ذوي الجنس البيني أو كما يُطلق عليه ثنائي الجنس، أو كانوا مضطربين جنسيًا "أي ذوي التكوين الجسمي المتناقض مع التكوين العقلي والنفسي؛ فهم عبارة عن أفراد لا يتوافقون مع الجنس الذي ولدوا به، فهم يشعرون بافتقاد التوازن بين نوعهم داخلياً والنوع الذي يتعامل معهم المجتمع على أساسه، ويكون شعور الاختلاف لديهم قوي جداً لدرجة أنه يتم وصفهم بأنهم من الجنس المغاير حتى قبل إجراء عملية التحول الجنسي، فهم أناس يعتقدون أن جنسهم تم تحديده بالخطأ منذ الولادة وأن جنسهم الصحيح هو ما يتوافق مع مشاعرهم الداخلية Susan, Kenneth & Bradley, 2009, (875).

- ذوو الجنس البيني (ثنائي الجنس) Intersex: أو كما يُطلق عليهم ثنائي الجنس؛ وهو مصطلح جامع يشير إلى هؤلاء الذين تتداخل هويتهم ما بين الجنسين أو يحدث لديهم صراع فيما يخص الفروق الاجتماعية بين الجنسين، ويتم تشخيص حالة هؤلاء المرضى طبقاً لحالات الجنس البيني أو ثنائي الجنس أو كما يطلق عليهم بالخنثى المشكل، فهؤلاء المرضي لديهم جهازين تناسليين ولكن جزء منها داخلي أما الجزء الظاهر فهو ليس أصل هوية الفرد، ولا يجد مريض ذوي الجنس البيني صعوبة في إجراء التحول الجنسي نظراً لوجود الجهاز التناسلي الآخر لديه ولكنه داخلي (Kinicaid & Mckitrick, 2007, 137).

- مضطربو الهوية الجندرية (ذوو التكوين الجسمي والنفسي المتناقض) Transgender: وهو مصطلح يشير إلى الشخص غير المتوافق مع الجنس الذي تم تعريفه على أساسه سواء نجح هذا الشخص في استعادة الجنس من خلال تدخل طبي أو لم يستطع فالأمر يرجع إليه في اتخاذ القرار، فهؤلاء المرضى لديهم جهاز تناسلي واحد ولكن يتناقض تكوينهم الجسمي مع التكوين العقلي والنفسي، وغالباً ما يؤدى عدم التدخل الجراحي أو الطبي لتعديل جنس الفرد إلى الإحساس بالانزعاج، فهم يكرهون أجسادهم بل وأحياناً يمتنعون عن لمس أعضائهم التناسلية اشمئزازاً ويحاولون إخفاء الخصائص الجنسية أمام الآخرين ومنهم من يتناول هرمونات لإخفاء هذه المظاهر، ويسمون أنفسهم بسجناء الجسد (Kinicaid & Mckitrick, 2007, 137).

ومن المتعارف عليه أن مضطربي الهوية الجنسية عامة سواء كانوا من ذوي الجنس البيني أو من ذوي التكوين الجسمي المتناقض مع التكوين العقلي والنفسي يمرون بحالات من اليأس، والإحباط، والتوتر، أو الميل إلى الأفكار الانتحارية، والانعزال الاجتماعي؛ وذلك بسبب الضغط الاجتماعي الواقع عليهم (Kinicaid & Mckitrick, 2007, 137).

معدل انتشار اضطراب الهوية الجنسية والتحول الجنسي:

إن نسبة حدوث هذه الحالة يختلف من زمن لآخر حسب ثقافة المجتمع وتسامحه أو تساهله في حدوث هذه الحالات أو تشدده معها كما تختلف من بلد لآخر، فلم تكن المجتمعات الإسلامية تعرف هذه المشكلة وإنما بدأت تظهر على السطح في الآونة الأخيرة (هيفاء بنت منصور، 2015، 17).

وتشير بعض الدراسات في العديد من الدول الأورُبية إلى أن المُعدل السنوي للإصابة يتراوح بين (15, إلى 1,58) لكل (100,000) شخص، ونجد أن المتحولين من ذكور إلى إناث يمثل (1,5: 3) مرات انتشاراً عن المتحولين من إناث إلى ذكور (APA., 2009). وعلى الرغم من انخفاض انتشار اضطراب الهوية الجنسية (التحول الجنسي) وحديثاً يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس إلى أن معدلات انتشار اضطراب الهوية الجنسية من (005،٪: 014،٪) للـــذكور البيولـــوجيين، و(002،٪: 003،٪) للإنـــاث البيولـــوجيين (Jacobs, Rachlin, Laura & Aron, 2014).

ويُقدر حدوث اضطراب الهويـة الجنسـية لـدى البـالغين مـن (1: 10000) إلـى (1: 20000) لدى الذكور، ومن (1: 30000) إلى (1: 50000) لدى الإناث (Annelou et al., 2010; Derek et al., 2016). ويحدث اضطراب الهوية الجنسية لدى الذكور خمسة أضعاف الإناث (Patricia, Anna, Mary & Lonnie, 1996).

كما أوضحت العديد من الدراسات أن هناك من (3- 5) مريضاً من الرجال لكل مريض واحد من النساء، وبالتالي فإن هذا المرض أقل انتشارا بين النساء، والعديد من المرضى شعروا باضطراب الهوية الجنسية منذ الطفولة واشتد ذلك في مرحلة المراهقة والبلوغ، وطبقاً لإحصائية أجريت على (584) مريضاً يعانون من اضطراب الهوية الجنسية فإن 225 مريضاً أي ما يمثل (39٪) كان لديهم أعراض اضطراب الهوية الجنسية بصورة مبكرة، أما الباقي وهم (359) أي ما يمثل (61٪) فإن اضطراب الهوية الجنسية لديهم كان مرتبط باضطرابات نفسية (Amit et al., 2010, 153).

وفي دراسة (Rhonda et al., 2007, 11) كانت الإناث المتحولات الأكبر في الأربع مجموعات بحث. وفي دراسة (Gones et al., 2012, 301) كان عدد المتحولين من إناث إلى ذكور (61) متحولاً، بينما بلغ عدد المتحولين من ذكور إلى إناث(198) متحولاً. كما أوضحت أيضًا دراسة (Budge et al., 2013, 545) أن عدد المتحولين من إناث إلى ذكور وصل (125) متحولاً، بينما بلغ عدد المتحولين من ذكور إلى إناث(226) متحولاً.

ومن ثم تشير الأدلة إلى احتمال أن علماء النفس والعاملين في مجال الصحة النفسية يواجهون حالات تحول جنسي أثناء ممارساتهم العيادية في الأوضاع الأكاديمية، وفي البحث العلمي، وفي العمل أكثر بكثير مما يفترض في البداية. لذلك، فإن قضايا هؤلاء الأشخاص تستحق الاهتمام من العلماء والباحثين في مجالات متنوعة (APA., 2009).

مظاهر اضطراب الهوية الجنسية.

يظهر الاضطراب عند الأطفال بأي من المظاهر الآتية:

عند الصبي:

- الإصرار على أنه من الأفضل عدم امتلاك قضيب.
- الإصرار على أن القضيب أو الخصيتين مقززة أو أنها ستختفي.
- رفض اللعب والألعاب والأنشطة الذكرية النمطية.
- النفور من الألعاب الخشنة.

عند البنت:

- الإصرار بأنه سينمو لديها قضيب.
- الإصرار على أنها لا تريد أن ينمو ثدياها أو أن تحيض.
- رفض التبول في وضعية الجلوس.
- النفور الصريح من اللباس النسوي المعهود (تيسير حسون، 2004، 8).

ويظهر الاضطراب عند المراهق أو البالغ بأي من الإعراض الآتية:

الانشغال بالتخلص من الخصائص الجنسية الأولية والثانوية مثل: التماس الهرمونات أو الجراحة أو إجراءات أخرى لتبديل الخصائص الجنسية مادياً من أجل محاكاة الجنس الآخر أو الاعتقاد بأنه قد وُلد ضمن الجنس الخطأ (تيسير حسون، 2004، 8).

ولقد تم وضع عديد من النظريات من أجل زيادة المعرفة في الهوية الجنسية، وهذا موضوع له من العمق والاتساع لدرجة أنه اندرج تحته الكثير من الموضوعات الأخرى، وقد تفرع منها ثلاثة أطر نظرية مرتبطة باضطراب الهوية الجنسية وهي: دور المخ، ودور المحيط الاجتماعي، وأبعاد التطور الجنسي، والتأكيد على الفوائد المثمرة لوضع هذه الأطروحات موضوع البحث مستقبلاً (Lih-Mei et al., 2012).

معايير تشخيص اضطراب الهوية الجنسية.

أ) التناقض الملحوظ بين جنس الفرد المحدد له عند الولادة والجنس الواضح (الظاهر)، لمدة ستة أشهر على الأقل، ويتجلى ذلك من خلال اثنين على الأقل مما يلي:

1- التناقض الملحوظ بين الجنس الظاهر للفرد والخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية.
2- الرغبة القوية في التخلص من الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية لوجود تنافر ملحوظ مع جنس الفرد.
3- الرغبة القوية في الخصائص الجنسية الأولية و/أو الثانوية للجنس الآخر.
4- الرغبة القوية في أن يكون الجنس الآخر.
5- الرغبة القوية في أن يُعامل كالجنس الآخر.
6- القناعة الشديدة بأن لديه أحاسيس، وردود أفعال، واستجابات الجنس الآخر.

ب) حالة ترتبط بالكرب الدال إكلينيكياً أو الصعوبة في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو مجالات مهمة أخرى (A.P.A, 2013,452- 453).

ج) ولاستخدام هذا التشخيص يجب أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين على الأقل، ولا تكون عرضاً لاضطراب عقلي آخر مثل الفصام، أو مصاحبة لأي شذوذ جنسي أو وراثي أو في الصبغات الجنسية (أحمد عكاشة، وطارق عكاشة، 2010، 639).

ويصف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية اضطراب الهوية الجنسية بأنه:

1- توحد قوي ومستديم بالجنس المغاير (ليس مجرد رغبة في الحصول على أية مزايا ثقافية يتمتع بها الجنس الآخر)، وبالنسبة للمراهقين والراشدين يتمثل الاضطراب في أعراض مثل الرغبة المعلنة في أن يصير من الجنس الآخر، أو اجتيازه لمواقف كثيرة على أنه من الجنس الآخر، أو الرغبة في أن يعيش أو يُعامل على أنه من الجنس الآخر، أو الاقتناع بأن لديه أو لديها المشاعر والاستجابات المميزة للجنس الآخر.

2- التبرم الدائم بجنسه أو جنسها والإحساس بأن هذا الدور الجنسي غير ملائم، وبالنسبة للمراهقين والراشدين يتمثل الاضطراب في أعراض مثل الانشغال بعملية التخلص من الخصائص الجنسية الأولية والثانوية أو الاعتقاد بأنه قد وُلد في الجنس الخطأ.

3- يؤدي الاضطراب إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى (خالد محمد، 2014، 23-24).

أسباب اضطراب الهوية الجنسية.

ربما يتبادر في الأذهان سؤال بماهية الأسباب التي تؤدي إلى إحداث اضطراب الهوية الجنسية، وقد تبين أنه من الصعب إيجاد سبب واضح له بل تكون الأسباب عادة كثيرة كما نجد ارتباطا بينهما، فظهور اضطراب الهوية الجنسية يُعزي في المقام الأول العوامل البيولوجية وفي المقام الثاني للعوامل النفسية ثم العوامل البيئية والاجتماعية (هبه إسماعيل، 2013، 22).

ويؤدي اختلال الدور الجنسي دور بالغ الأهمية في نشأة اضطراب الهوية الجنسية وبخاصة لدى الأطفال، لأن تحديد الدور الجنسي يُعد أحد مجالات السلوك الاجتماعي الذي تؤدي فيه عملية التنشئة الاجتماعية دوراً مهمًا في مرحلة الطفولة وتنمية السلوك المناسب لنفس جنس الطفل بحيث يتأكد الدور الذكوري للذكور والدور الأنثوي للإناث (خالد محمد، 2014، 22)، وبالرغم من عدم وجود دليل واضح حتى الآن على أن البيئة الاجتماعية للفرد لها دوراً رئيسيًا في تحديد الهوية الجنسية أو التوجيه الجنسي (Swaab, 2004, 301).

ولقد افترض بعض العلماء والباحثين وجود اضطراب هرموني أو حتي مورثي سابق للولادة (عبد الرحمن إبراهيم، 2008، 141).

ويفسر الباحث أن سبب اضطراب الهوية الجنسية أيضاً يرجع في بعض الحالات إلى زواج الأقارب وخاصة من الدرجة الأولى والزواج من الأسرة نفسها، فقد اتضح ذلك من خلال مقابلاتها مع الكثير من حالات التحول الجنسي والذين اعترفوا بذلك، ومن ثم يرى الباحث أنه ينبغي تجنب زواج الأقارب لأن ذلك يزيد من فرصة حدوث مثل هذه الاضطرابات في الهوية الجنسية، كما ينبغي عدم تناول الهرمونات وغيرها من الأدوية أثناء فترة الحمل والتي قد يكون لها تأثير هرموني علي الجنين وتؤدي إلى خلل في تكوين الأجهزة التناسلية.

وعلى الرغم من أن الأسس التي يقوم عليها المرض غير معروفة فإن العوامل الوراثية اتضح أنها تؤدي دوراً هامًا وذلك بناءً علي العديد من التقارير الأسرية والتي اتضح من خلالها تأثر المرض بالعوامل الوراثية (Ashish et al., 2010 , 1021).

النظريات المفسرة لاضطراب الهوية الجنسية.

1- نظرية التحليل النفسي لفرويد: حيث يرى فرويد أن عملية اكتساب الهوية الجنسية تتم من خلال التوحد؛ وهي العملية اللاشعورية التي تجعل الفرد يعتقد أنه يتطابق مع شخص آخر؛ أي أن لديه بعض خصائص هذا الشخص بحيث يسلك كما لو أنه هو ذلك الشخص، كما يعتنق أفكاره ومشاعره وأراءه وقيمه ومعاييره (ممدوحة سلامة، 1994، 152).

***وهناك عدة شروط للتوحد وهي:**

1- أن تكون هناك علاقة دافئة وحميمة بين الطفل والوالد، فالطفل يتوحد مع الأب الأكثر دفئاً، كما يتوحد مع الوالد الأكثر قوة وكفاية من وجهة نظره.

2- أن يكون للوالد خصائص تجتذب الطفل ويُعجب بها.

3- أن يُدرك الطفل أوجه التشابه بينه وبين أحد الوالدين، خاصة الصفات الجسمية كطريقة المشي والجلوس والكلام وغيرها.

وتبدأ عملية التوحد مع المرحلة الأوديبية وينشأ عنها نمو الأنا العليا للطفل، كما أن التوحد يتم إما سعياً للحصول على الأمن أو خوفاً من فقدان الحب، وأيضاً غياب الوالد من نفس الجنس، أو شعور الطفل بعدم كفاية الوالد من نفس الجنس يؤديان إلى اضطراب في هويته الجنسية (عماد مخيمر، وعزيز بهلول، 2003، 448).

2- النظرية السلوكية: حيث يرى السلوكيون أن الطفل يكتسب الأنماط السلوكية الخاصة بهويته الجنسية من خلال التدعيم والإثابة للاستجابات المتناسبة مع النمط الجنسي للطفل أو الطفلة، ومعاقبة الاستجابات غير المرغوبة، وتميل الاستجابات التي يتم تدعيمها إلى أن تقوى وتتكرر وتُعمم على المواقف المتشابهة، أما الاستجابات التي يُعاقب عليها الطفل فإنها تختفي أو تضعف أو يقل حدوثها (Cohen et al, 1994: 267-279).

3- التعلم بالملاحظة: حيث أن اكتساب الطفل لخصائص الهوية الجنسية يتم من خلال ملاحظته لسلوك نموذج معين، وما يترتب على سلوك هذا النموذج من نتائج، ثم مطابقة الطفل لسلوكه على سلوك النموذج، وتتوقف مطابقة سلوك الطفل مع سلوك النموذج على عدة شروط منها: جنس النموذج ومدى قوته وسيطرته ومدى دفئه، ويرى باندورا أن الطفل يقتدي بسلوك الوالد الأكثر قوة ودفئاً وسيطرة بغض النظر عن جنسه.

4- النظرية المعرفية: والتي تشير إلى أن الطفل يكون صيغة معرفية لجنسه، وتتكون هذه الصيغة تدريجياً عند سن الثالثة من خلال ملاحظة الطفل للنماذج الذكرية والأنثوية، ومن خلال التدعيمات الوالدية السلبية والإيجابية المرتبطة بالهوية الجنسية، فيبدأ الطفل في تكوين صيغة معرفية داخلية تساعده على تصنيف الناس إلى ذكور وإناث، ومعرفة السلوك المناسب للجنس، وتؤثر هذه الصيغة المعرفية المرتبطة بجنس الطفل على إدراك الطفل وتفكيره وذاكرته وسلوكه واتجاهاته تجاه جنسه وتجاه الجنس الآخر، ومن ثم فإنها تُسهم في تحديد هويته الجنسية (عماد مخيمر، وعزيز بهلول، 2003، 449).

التحول الجنسي.

يُعد التحول الجنسي هو الرغبة في السعي لأن يكون عضواً مقبولاً من الجنس الآخر، وغالباً ما يرافقها الشعور بعدم الارتياح أو عدم الملائمة للجنس التشريحي للفرد، والرغبة في إجراء عملية جراحية أو علاج هرموني لجعل جسد الفرد متطابقاً قدر الإمكان مع جنسه المفضل (WHO.,1992,365).

وهو أيضًا: الرغبة في أن يعيش الإنسان ويُقبل كعضو من الجنس الآخر، تصاحبها عادة أحاسيس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع الجنس التشريحي للشخص ورغبة في إجراء عملية أو تناول علاج هرموني لكي يتواءم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص (أحمد عكاشة، 2003، 619).

كما يُعرف بأنه: رغبة الفرد والسعي إلى تغيير خصائصه الجنسية الأولية و/أو الثانوية من خلال التدخلات الطبية (هرمونات و/أو جراحة)، وعادة ما يرافق هذا تغيرات دائمة في الدور الجنسي (Coleman et al., 2011) .

وهو أيضاً: تلك العمليات التي يتوجه إليها أصحابها لتغيير جنسهم من الذكورة إلى الأنوثة أو العكس وهم أسوياء من الناحية الطبيعية، بمعنى أن جنسهم واضح الذكورة أو واضح الأنوثة ولكنهم يريدون التحول لمجرد الرغبة في ذلك أو لكراهية الجنس الذي وُلدوا عليه، وتطغى عليهم الرغبة في ممارسة الحياة ضمن الجنس الآخر لأسباب مختلفة، ويتم تحويل الذكر إلى أنثى عن طريق استئصال عضوه وزرع مهبل وبناء فرج وتكبير الثديين، كما يتم تحويل الأنثى إلى ذكر باستئصال الثديين وإلغاء القناة التناسلية الأنثوية وبناء عضو ذكري صناعي أو من لحم الفخذ مع وسائل ميكانيكية تقوم بالمهمة، وهذه العملية يتم فيها تغيير الشكل الخارجي دون التركيب البيولوجي فإن الذكر يظل دون تغيير وبالتالي لا يوجد مبيض ولا رحم ولا يستطيع أن يحيض أو يحمل، فالتحول الجنسي هو مرض نفسي ينتاب الشخص يتمثل في رغبته الشديدة في تغيير جنسه علي الرغم من مظهره الخارجي والتكويني الواضح، ولا يخل هذا المرض بقدرات صاحبه الذهنية والمهنية إذ لا يُعتبر من قبيل الأمراض العقلية (طارق حسن، 2015، 215).

ويعرف الباحث بأنه: انفصام حاد بين النفس والجنس فيكون الذكر كامل الذكورة من حيث الأعضاء الظاهرة، لكن إحساسه النفسي مناقض لذلك تماماً فهو يشعر بأنه أنثى، كما تكون الأنثى كاملة الأنوثة من حيث الأعضاء الظاهرة، لكنها تشعر أنها ذكر، فإذا تعذر عن طريق المعالجة النفسية إنهاء هذا الانفصام لم يعد أمامنا سوى عملية إجراء التحول الجنسي وذلك بهدف إعادة التكيف بين النفس والجسد، وهو أساس الصحة النفسية والجسدية عند الأطباء والعلماء.

والمتحولون جنسياً هم هؤلاء الذين تختلف هويتهم الجنسية (الإحساس بنفسه ذكراً أو أنثى)، أو التعبير عن جنسهم (التعبير عن نفسه بكونه ذكرًا أو أنثى في السلوك، و الأسلوب، والملبس) عن التوقعات التقليدية لجنسه الفيزيقي (التشريحي). ويشعر الأفراد المتحولون جنسياً بأنهم وُلِدُوا في جسد خطأ جنسياً، ويُعبرون بالملبس عن هويتهم الجنسية الداخلية (Susan et al., 2012). والتصنيف الدولي العاشر للأمراض لمنظمة الصحة العالمية يصف الرغبة في العيش وقبوله بكونه عضواً من الجنس الآخر على أنه متحول جنسياً (WHO., 1992).

ويُعرف المتحولون من ذكور إلى إناث (Transwomen (Male to Female: هم الأفراد الذين تم تحديدهم بكونهم ذكوراً عند الولادة، ويُغيرون جسدهم و/أو دورهم الجنسي من ذكر إلى جسد أنثى، أو دور أنثوي(Coleman et al., 2011; Derek et al., 2016).

ويُعرف المتحولون من إناث إلى ذكور (Transmen (Female to Male: هم الأفراد الذين تم تحديدهم بوصفهن إناثاً عند الولادة، ويُغيرن جسدهن و/أو دورهن الجنسي من أنثى إلى جسد ذكر و/أو دور جنسي أكثر ذكورة (Coleman et al., 2011; Derek et al., 2016).

مراحل إجراء جراحة التحول الجنسي.

ورغم أن التحول الجنسي والهرموني أصبح مقبولاً طبياً خلال الأربعين عامًا الماضية فإن الحماية القانونية لم تستحوذ على الاهتمام اللازم إلا مؤخراً، فاضطراب الهوية الجنسية لا يزال يدرج في المراجع الطبية والعالمية ولهذا فإن التحول الجنسي لمرضى الترانسكس أمر مقبول بشروط إن أصروا عليه لأن العديد من مرضي اضطراب الهوية الجنسية أو الترانسكس يحتاجون للعملية بشروط وهي:

1- الخضوع لتقييم نفسي لمدة سنتين للتأكد من وجود الاضطراب، لأنه يختلط مع بعض الحالات النفسية كالذي يتعرض لتحرش أو إيذاء جنسي، ويعتقد أن التحول هو الحل للتخلص من مشاكله النفسية.
2- أن يظهر للمجتمع بهويته الداخلية ويتعايش معها، ويُقيم هل تأقلم مع الوضع أم لا.
3- أن يبدأ بالعلاج الهرموني بعد التأكد من حالته وتقييمه عند طبيب غدد.
4- إجراء العملية الجراحية (تيسير حسون، 2004، 8).

أشهر حالات التحول الجنسي.

لعل أشهر حالات التحول الجنسي **حالة سالي** التي كانت سيد حيث بلغ الثلاثة والعشرين عامًا وكان منتظماً في طب بنين الأزهر وتم فصله عام (1988)، حيث كان يذهب إلي الكلية مرتدياً ملابس النساء ومتحليا بالعديد من الإكسسوارات وواضعاً الروج والمكياج، وقد فجرت هذه القضية وأثارت الرأي العام لعدة سنوات حيث أجرى عملية جراحية وتحول من سيد إلى سالي، وهنا رفضته الكلية لأن الأزهر - كما هو معروف- به كليتان إحداهما للذكور والأخرى للإناث، وقد قررت نقابة الأطباء في شتاء (1989) بتحريم مثل هذه العمليات (تحويل الجنس) بشرط أن يتقدم طبيب نفسي وجراح تجميل إلى لجنة نقابة خاصة مكونة من عديد من مختلف التخصصات للموافقة على إجراء العملية الجراحية، ومن وقتها هدأت الأمور، إلا أننا لا ننكر أن حالة سالي "سيد سابقا" قد فجرت وأظهرت إلى سطح الرأي العام العديد من المشاكل التي ما كانت لتظهر لولا أن ظهرت هذه الحالة وأثارت ما أثارت من قضايا واستشكالات.

وهذه حالة ثانية نعرض لها للتحول الجنسي: ذكر من مواليد (1973) أكدت والدته أن أعضاء الذكورة لدى ابنها ضامرة وأعضاء الأنوثة واضحة وأن جسده أقرب للأنثى وأن الأشعة فوق الصوتية أكدت وجود رحم ومبيض أسفل البطن، وقد قام ثلاثة من أساتذة الطب النفسي، وأساتذة الغدد، وأساتذة جراحة التجميل بتحويل أوراق هذا الشاب إلى مصلحة الطب الشرعي، وقد ذهب بالفعل- هذا الفتى سابقا- وهو يرتدي فستان قصير وشعره طويل ومكياج أنثوي كامل، وجاء تقرير الطب الشرعي ليؤكد الحقائق السابقة إضافة إلا أن جسده خالي من الشعر وأن صوته يتمايع بين الذكر والأنثى وأحباله الصوتية تبدو أطول نسبيا من الأحبال الصوتية للأنثى وأن عملية إجراء التحول إلى أنثى يجب أن تتم بعد فشل كافة الوسائل العلاجية والطبية والنفسية في إبقائه كذكر، كما كان يرتدي ملابس نسائية (داخلية- خارجية) وكان علي درجة عالية من الجمال والجاذبية، وتم بالفعل تحويله إلى أنثى تحب أن يناديها الجميع باسم سارة أو سوسو(محمد حسن، 2006، 366-367).

وحالة محمد علام أشهر حالة تحول جنسي في مصر حالياً.

ويرى الباحث أن هذا الاضطراب ما هو إلا مرض يحتاج إلى معالجته نتيجة للأسباب الآتية:

1- أثبت العديد من الأطباء والعلماء وجود حالة مرضية عند بعض الناس أسموها اضطراب الهوية الجنسية وهي انفصام حاد في الحالة الجنسية، بحيث تكون مظاهر الجسد باتجاه جنس معين بينما تكون مشاعر النفس باتجاه الجنس المعاكس، كما ثبُت أن هذه الحالة المرضية قد تشتد بحيث تصبح حياة صاحبها جحيماً وتدفعه للتفكير بالانتحار بعد فشل كل وسائل العلاج النفسي معه ولم يبق له سوى إجراء جراحة التحول الجنسي.

2- في مثل هذه الحالة تتحقق شروط الضرورة الشرعية التي تبيح المحظور بإجماع العلماء، إذ أن الخلاف بينهم محصور في تشخيص حالة الضرورة أو عدمها، أما إذا اتفقوا على وجودها فهم حتماً متفقون على أنها تبيح المحظور،

فالضرورة متحققة في هذه الحالة وذلك لأن المحافظة على الحياة تُعد من الضرورات الشرعية الخمس بلا جدال، والحياة التي يقتضي المحافظة عليها هي الحياة الطبيعية التي لا يستبد بها المرض بحيث يمنعها من السعادة ويحرمها حق الحياة. ومن أجل ذلك أباح العلماء التداوي بالمُحرم عند وجود الضرورة، وإذا كانت جراحة التحول الجنسي مُحرمة من حيث الأصل - حسب رأي جمهور الفقهاء المعاصرين- فإنها تُباح لهذه الضرورة.

كما يرى الباحث أهمية وسائل الإعلام في تثقيف المجتمع من أجل تحقيق عملية التوافق الاجتماعي للمتحولين كي يتدرجوا في أوساطهم المجتمعية ويحققوا ذواتهم الاجتماعية الإنسانية بعيداً عن التهميش والإقصاء الاجتماعي، وتوفير أطر قانونية حقوقية تضمن حقوقهم في العمل والدراسة والزواج، ويمكن أن تؤدي منظمات المجتمع المدني دوراً إيجابياً لتحقيق القبول الاجتماعي للمتحولين.

أولاً: الدراسات التي تناولت الميول الانتحارية لدى المتحولين جنسيًا:

هدفت دراسة "كريستين وراني وميتشيل" Kristen, Rani and Mitchell, (2006) تحديد العوامل المسئولة عن زيادة المحاولات الانتحارية لدى المتحولين جنسيًا، وقد أُجريت الدراسة على عدد (392) متحولاً من ذكر إلى أنثى، و(123) متحولاً من أنثى إلى ذكر في سن (25) عاماً، باستخدام مقياس الميول الانتحارية؛ ولقد تم إعداد نماذج لإجراء مقابلات معهم، واتضح من النتائج انتشار المحاولات الانتحارية بنسبة (32٪- 36٪) لديهم، كما أن نسبة المحاولات الانتحارية كانت أعلى لدى المتحولين من ذكور إلى إناث، وأيضًا ركزت الدراسة على الإحباط وتاريخ المعاملة السيئة والجرائم الناتجة عن التمييز وما يرتبط بها من محاولات انتحارية.

وأما عن دراسة " سوكيم وآخرون" Suk Kim et al. (2006) فقد اهتمت بمقارنة الاختلافات بين المتحولين إلى ذكور، ونظرائهم من غير المتحولين من حيث السمات النفسية والميول الانتحارية، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (92) مشاركاً، منهم (43) متحولاً جنسياً، تراوحت أعمارهم بين (20 عاماً فأكثر)، و(49)غير متحول جنسيًا، تراوحت أعمارهم بين (19 عاما فأكثر)، وقامت هذه الدراسة باستخدام مقياس السمات النفسية، ومقياس الضغوط الاجتماعية، ومقياس التوافق الأسري، ومقياس الاعتزاز بالنفس. وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن المتحولين تزيد لديهم المشكلات النفسية، والأسرية، والاجتماعية مقارنة بغير المتحولين، فقد اتضح من الفحص الإكلينيكي أن (27) متحولاً جنسيًا كانت لديهم محاولات انتحارية سابقة، و (23) متحولاً جنسياً كانت لديهم أفكار وميول انتحارية، كما أن (33) متحولاً جنسياً كانوا يُعالجون من الاكتئاب.

في حين قامت "كاريستن وليزا وميلاني وهيرثا" Karsten, Lisa, Melanie and Hertha, (2007) بدراسة التوتر النفسي والميول الانتحارية لدى المتحولين البالغين، وقد قامت الدراسة على عينة قوامها (37) متحولاً جنسيًا، وتراوحت أعمارهم بين (17- 46) عامًا، باستخدام مقياس نوعية الحياة، ومقياس السمات الشخصية، ومقياس القلق والتوتر، ومقياس الاكتئاب. وقد أسفرت نتائج الدراسة أن المتحولين جنسيًا يتعرضون لضغوط نفسية شديدة؛ ومن ثم معدلات من الميول والمحاولات الانتحارية المرتفعة، ولتقليل نسب هذه الميول الانتحارية يجب الاهتمام بالجوانب النفسية والعاطفية لمضطربي الهوية الجنسية وتقديم المساندة الاجتماعية لهم.

كما هدفت دراسة "زافيير وجوماس وفريرا وجراسيا وكوستا" Xavier, Gomes, Ferreira, Garcia and costa, (2008) بتحليل نوازع الانتحار؛ وذلك من خلال العيادة التي تتعامل معهم، حيث توضح أهمية الدعم العيادي للأفراد المتحولين جنسياً الذين مروا بمحاولات انتحار، وأوضحت أيضًا أن عمليات التحول الجنسي من الإناث إلى الذكور يكون لها توافق نفسي وجنسي أفضل فيما يخص مراحل ما قبل وما بعد إتمام الجراحة، وقد كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد السمات أو الخصائص العيادية والعوامل النفسية وسمات السلوك الجنسي ل (49) من الأشخاص قبل وبعد إجرائهم عملية التحول الجنسي؛ وذلك من خلال مقياس السمات الديموجرافية، ومقياس الميول الانتحارية، ولقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين "المجموعة الأولى تتضمن (28) من المتحولين من إناث إلى ذكور تراوحت أعمارهم بين (14- 60) عاماً بمتوسط عمري(37,3)، والمجموعة الثانية تتضمن (21) من المتحولين من ذكور إلى إناث تراوحت أعمارهم بين (14- 51) عاماً بمتوسط عمري (33,8) عاماً، ولقد كانت مستشفى سانتا ماريا هي المسئولة عن تحديد الهوية الجنسية والإجراءات العلاجية وهو المركز الوحيد في البرتغال المسئول عن عمليات كبرى لها صفة عالمية مثل جراحة إعادة تحديد الجنس. وقد أسفرت النتائج عن ارتفاع معدل الميول الانتحارية لدى المتحولين من ذكور إلى إناث.

في حين اهتمت دراسة "مساهيكو وآخرون" (2010) .Masahiko et al بتوضيح أهمية التوافق النفسي في التقليل من مخاطر الانتحار لدى مرضى اضطراب الهوية الجنسية، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (579) متحولاً جنسياً، منهم (349) متحولاً من إناث إلى ذكور بنسبة (60,3٪)، بمتوسط عمري (26,5) عامًا، و (230) متحولاً من ذكور إلى إناث بنسبة (39,7٪)، ومتوسط عمري (32) عامًا، وقد قامت الدراسة باستخدام مقياس الميول الانتحارية، ومقياس السمات النفسية، ومقياس الميل للجريمة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع معدل الميول الانتحارية وخاصة لدى المتحولين من ذكور إلى إناث؛ كما أن التعسف المجتمعي والظروف الصعبة التي يمر بها المتحولون جنسيًا تؤثر بصورة كبيرة على نمو الميول الانتحارية لديهم، ومن ثم يجب تهيئة المتحولين جنسيًا لسُبل التوافق النفسي وتقديم المساندة الاجتماعية لهم لحمايتهم من مخاطر الانتحار.

في حين اهتمت دراسة "سيشي وآخرون" (2011) .Seishi et al بمحاولة إلقاء الضوء على انتشار الأفكار الانتحارية، وجلد الذات أو تشويه الذات بما يتضمنه من محاولة انتحار من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية وعلاقة هذه السلوكيات بالخصائص الديموجرافية، فقد تم إجراء الدراسة على (500) مريض ياباني الجنسية، منهم (311) متحولاً من إناث إلى ذكور بمتوسط عمري (32,3) عامًا، و (189) متحولاً من ذكور إلى إناث بمتوسط عمري (26,4) عاماً، ولقد تراوحت أعمار تلك العينة بين (14- 100) عام، وذلك داخل العيادة الخارجية في مستشفى جامعة أوكاياما، واستخدمت هذه الدراسة مقياس الاختبار اللغوي المتعدد لتحليل ما إذا كانت محاولات الانتحار أو الإساءة إلى الذات أفعال يقوم بها المتحول من تلقاء نفسه أم لا. وأوضحت النتائج أن معدل انتشار محاولات الانتحار لدى ذوي اضطراب الهوية الجنسية الناتج عن جلد الذات هو (31,8٪) من مجموع العينة، كما أسفرت النتائج عن ارتفاع معدل الميول الانتحارية خاصة لدى المتحولين من ذكور إلى إناث.

كما قام "سيمون وزسولت وفوجد وزوبور" ,Simon, Zsolt, Fogd and Czobor (2011) بإجراء دراسة مقارنة بين المتحولين من الجنسين والموضوعات المتعلقة بهم، وذلك من خلال المفاهيم الرئيسة المتعلقة بالسلوك الأبوي وعلم نفس الأعضاء المتعلق باضطراب الهوية الجنسية، حيث أن الأبحاث التي تم إجراؤها من خلال الدمج بين اضطرابات الهوية الجنسية والاضطرابات النفسية وعلاقتها بالخبرات الأبوية نتج عنها نتائج متباينة، ولقد هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى إمكانية التوافق الذكوري في المتحولين من إناث إلى ذكور، وكذلك الأفكار والمفاهيم المتعلقة بالسلوك الأبوي وعلاقة ذلك باضطراب الهوية الجنسية، وتمت هذه الدراسة من خلال استبيان موجه إلى الذكور لمعرفة مدى أثر السلوك الأبوي، وقد تم إجراء الدراسة على (30) متحولاً من ذكور إلى إناث، و(17) متحولاً من إناث إلى ذكور، وقد تراوحت أعمار العينة بين (26- 30) عاماً بمتوسط عمري (26,7)، واستخدمت هذه الدراسة مقياس التغذية الرجعية، ومقياس الميول الانتحارية، ومقياس السمات السلوكية؛ واستدلت النتائج على أن من يعانون من اضطراب الهوية الجنسية يعانون من معدل مرتفع من الانتحار مقارنة بالأصحاء، وكذلك شعورهم بالانعزال، والنبذ العاطفي، والتخوف من مقابلة الغير، أما بالنسبة للخبرات الأبوية لمتحولي الجنس فقد اتسمت بزيادة السلطة والسيطرة وكذلك سوء التعامل العاطفي، والتجاهل مقارنة بالأصحاء. واستخلصت الدراسة أنه لا يوجد دليل واضح لمستويات السمات النفسية لمرضى التحول، ولكن توجد عوامل ظاهرة خاصة في المتحولين من ذكور إلى إناث وهذا يوضح مدى مشاعر الرفض والنبذ الذي يمرون به.

وأما عن دراسة "ايثر وآخرون" (2012) .Esther et al فقد بحثت تناول العلاج الهرموني مع المتحولين جنسيًا، وما يترتب عليه من انخفاض القلق، واليأس، والضغط الاجتماعي؛ فقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم آثار الضغط الاجتماعي، والتوتر، واليأس، والميل للانتحار الناجم عن التعسف المجتمعي تجاه التحول الجنسي،

وقد استهدفت الدراسة مجموعة من (187) متحولاً جنسياً أثناء حضورهم في وحدة الهوية الجنسية، وكان من بينهم (120) متحولاً يخضعون للعلاج الهرموني بينما (67) متحولاً لا يخضعون لذلك، ولقد قامت هذه الدراسة باستخدام مقياس الضغط والتوتر الاجتماعي، ومقياس اليأس، ومقياس الاكتئاب. واستخلصت نتائج هذه الدراسة أن معظم المرضى المتحولين جنسياً سجلوا نسباً عالية من القلق، والإحباط، والضغط الاجتماعي، والميول الانتحارية، بينما سجل المرضى الذين يتم تقديم علاج هرموني لهم نسباً أقل من المرضى الآخرين.

ثانيًا: الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا:

قام "رهوندا وايثر" Rhonda and Esther, (2007) بعمل دراسة على (295) من المراهقين المتحولين جنسيًا ونظرائهم من غير المتحولين، من حيث السمات الشخصية والمساندة الاجتماعية، ومدى تعرضهم للعنف، ولقد كان الحد الأدنى لأعمار العينة (18) عاماً فما فوق، وقد استخدمت هذه الدراسة مقياس السمات الديموجرافية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس العنف والميل للجريمة، وأيضاً قامت هذه الدراسة على المشاركة من خلال استبيان النظراء الذي من خلاله تجيب العينة على أسئلة متشابهة في نفس الموضوع، واستخلصت النتائج أن الإناث المتحولات كانت الأكبر في المجموعات البحثية الأربعة، كما أن الإناث والذكور الباحثين عن حقيقتهم الجنسية كانوا أكثر تعليماً من الإخوة والأخوات من غير المتحولين، ولكن ليس لديهم دخل ثابت مرتفع، كما وُجدت فوارق أخرى مثل الفوارق الدينية، والجغرافية، والمكانة الاجتماعية، والتوجه الجنسي، كما وُجد أيضًا أن المتحولين جنسياً يتعرضون للتمييز أكثر بالمقارنة بغير المتحولين من إخوتهم وأخواتهم "فكل المتحولين يتلقون دعمًا اجتماعيًا أقل من الأسرة"، وتلك كانت أول دراسة مقارنة بين المتحولين جنسيًا ونظرائهم من غير المتحولين.

وأما عن دراسة "ديبيكا وديكشا ومانجي وناناجي" Deepika, Deeksha, Manju and Nanaji, (2012) فقد جذبت الانتباه إلى أن مرضى اضطراب الهوية الجنسية يعيشون في خطر صحياً بالنظر إلى الثقافة الاجتماعية المحيطة بهم، ومن ثم يجب أن يكون هناك مساندة اجتماعية لهؤلاء المرضى وذلك لأن الإهمال الاجتماعي لهم يؤدي إلى الانعزال والانطواء وتصبح حالة الفرد لا تشجع على الإنتاج إطلاقاً، وقد قامت الدراسة على عينة قوامها (82) من المهاجرين من مختلف الجنسيات والديانات والذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية، ولا يتلقون أي قدر من المساندة الاجتماعية سواء من الأسرة أو المجتمع أو الأصدقاء، وتراوحت أعمارهم بين (16- 22) عامًا، واستعانت هذه الدراسة بمقياس الذكاء اللغوي للمراهقين، ومقياس التوافق الاجتماعي؛ وقد ركزت الدراسة على أحد الذكور الهنود والذي أقر شخصياً بأنه مستريح ويحتاج المساعدة لإتمام عملية تحويله الجنسي بعد الجراحة.

في حين هدفت دراسة "ستيفاني وجل وكمبرلي" ,Stephanie, Jill and Kimberly (2013) معرفة مدى التوافق بين التوتر وحالات الضغط العصبي والمساندة الاجتماعية لدى الحالات التي تشعر بالضياع أو فقدان الثقة من المتحولين جنسياً، وقد استهدفت الدراسة مجموعه من (351) من المتحولين جنسياً منهم (226) إناث، و(125) ذكور، ولقد قام المشاركون باستكمال إجراءات الهوية الجنسية، والتاريخ الأسري، والصحة النفسية، ومدى إحساسهم بالضياع، واليأس، والقلق المتزايد، ولقد أسفرت النتائج أن معدلات اليأس بلغت (51,4٪) عند الإناث و(48,3٪) عند الذكور، أما فيما يخص القلق والتوتر فقد سُجل (40,4٪) عند الإناث و (47,5٪) عند الذكور، ولقد تراوحت أعمار العينة بين (18- 78) عامًا، وقد قامت هذه الدراسة باستخدام مقياس السمات الديموجرافية، ومقياس المساندة الاجتماعية المتعدد الأبعاد، ومقياس الفقد أو الضياع، ومقياس الاكتئاب، وكل ذلك كان قائماً على التقارير التي تعبر عن نسبة التوتر أو اليأس، ونتائج هذه الدراسة كانت تنص على أن كلاً من المتحولين من إناث وذكور لديهم أسس متشابهة ينبع منها اليأس أو التوتر، فالمساندة الاجتماعية مرتبطة بصورة مباشرة بعلاج التوتر واليأس،

وخلاصة ما توصلت إليه هذه الدراسة هو الحاجة إلى التركيز علي المشاركة والتواصل الذي يقلل من الإحساس بالعنف أو النبذ وكل ذلك سيؤدي إلى زيادة المساندة الاجتماعية لتحسين الصحة النفسية للمتحولين جنسياً.

كما اهتمت دراسة "أوكان وجيل" (Okhan & Jale (2016 بتحديد العلاقة بين نوعية الحياة لدى المتحولين جنسيًا ومستويات التمييز والمساندة الاجتماعية لهؤلاء المرضى، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (94) متحولاً جنسياً، وتراوحت أعمارهم بين (25- 40) عامًا، وقد قامت الدراسة باستخدام مقياس نوعية الحياة والذي يتضمن أبعاداً "جسمية، ونفسية، واجتماعية، وبيئية"، ومقياس المساندة الاجتماعية متعدد الأبعاد. وقد أسفرت نتائج الدراسة على أهمية المساندة الاجتماعية لمضطربي الهوية الجنسية عامة والمتحولين جنسياً خاصة.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت الميول الانتحارية والمساندة الاجتماعية لدى المتحولين جنسيًا:

قام "نيموتو وآخرون" (Nemoto et al. (2011 بدراسة المساندة الاجتماعية، والعنف، والخوف من التحول، والاكتئاب لدى المتحولين جنسيًا من ذكور إلى إناث. وقد قامت الدراسة على عينة قوامها (573) متحولاً، في مناطق سان فرانسيسكو، وأوكلاند، وكاليفورنيا، وتم عمل مقابلات معهم باستخدام الاستبيان الإجرائي. وتراوحت أعمار العينة من (18- 38) عامًا. وقد استخدمت هذه الدراسة مقياس الاكتئاب، ومقياس المساندة الاجتماعية متعدد الأبعاد، ومقياس الميول الانتحارية؛ وأوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف المشاركين كانوا يشعرون باليأس والإحباط الناتج عن التعسف المجتمعي تجاههم والخوف من التحول، وحوالي (75٪) من المشاركين كانت لديهم ميول انتحارية، و (64٪) منهم قاموا بمحاولات انتحارية سابقة بالفعل. وأسفرت نتائج الدراسة أن للمساندة الاجتماعية دور كبير في الحد من الميول الانتحارية لدى المتحولين جنسيًا؛ ومن ثم انتهت الدراسة إلى أنه يجب أن يكون هناك دعم نفسي وإمكانية المساعدة من المتطوعين لدعم هذه الفئة والارتقاء بمستواهم الصحي والنفسي.

في حين هدفت دراسة "جودي وآن وفيليب" (jody, Ann and Philip (2014 توضيح نسب المحاولات الانتحارية لدى المتحولين إلى إناث والمتحولين إلى ذكور، ومدى تأثير المستوى التعليمي والمساندة الاجتماعية عليهم؛ ففهم السلوك الانتحاري لدى المتحولين يحتاج إلى تحليل عميق لسماتهم الديموجرافية ومقدار المساندة الاجتماعية التي يتلقونها، وقد قامت هذه الدراسة على عينة كبيرة بلغ عددها (5885) متحولاً جنسيًا، وقد تراوحت أعمار العينة بين (18- 98) عامًا، واستخدمت هذه الدراسة مقياسي السمات الشخصية، والسمات الجنسية. واتضح من النتائج أن المحاولات الانتحارية لدى المتحولين إلى ذكور بلغت نسبتها (42٪)، والمتحولين إلى إناث (46٪)، وغير محددي الهوية الجنسية (21٪).

كما أوضحت دراسة "جريتا وأيدن وجاك وروب وريبيكا" ,Greta, Ayden, Jake (Robb and Rebecca, (2015 أهمية المساندة الاجتماعية وارتباطها بتقليل مخاطر الانتحار لدى المتحولين جنسيًا، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (380) متحولاً جنسياً، وتراوحت أعمارهم بين (18- 52) عامًا، وقد استخدمت الدراسة مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس السمات الشخصية، ومقياس الميول الانتحارية؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أهمية المساندة الاجتماعية في تطور علاج مضطربي الهوية الجنسية وتقليل فوبيا التحول الجنسي لديهم، وكذلك أثرها في تقليل الميول والمحاولات الانتحارية لديهم.

كما اهتمت دراسة "ريك" (Rick, (2015 بتوضيح أهمية المساندة الاجتماعية، وقبول الذات في حماية المتحولين جنسيًا من الانتحار، كما اهتمت بتقديم معلومات كافية عن كيفية التعامل مع المتحولين الذين يعانون من ميول انتحارية. وقد قامت الدراسة على عينة قوامها (133) متحولاً جنسيًا، تتراوح أعمارهم بين (18- 75) عامًا. واستخدمت هذه الدراسة مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الميول الانتحارية؛ وأسفرت نتائج الدراسة في خلاصتها على أن حماية المتحولين جنسيًا من الانتحار تكمن في تقديم المساندة الاجتماعية والعاطفية لهم ومساعدتهم على قبول ذاتهم.

واهتمت دراسة "برين وجوليا وديفيد وجوديث" ,Brain, Julia, David and Judith (2015). بأهم العوامل المرتبطة بالمحاولات الانتحارية لدى المتحولين جنسياً، فقد هدفت هذه الدراسة إلى توضيح تأثير الضغط النفسي، والمساندة الاجتماعية، والعنف، والتمييز الذي مروا به على زيادة الميول الانتحارية أو نقصانها لدى المتحولين جنسيًا من المراهقين، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (350) متحولاً جنسيًا، وتراوحت أعمارهم بين (18- 26) عاماً، وقد استخدمت هذه الدراسة مقياس السمات الديموجرافية، ومقياس التمييز، ومقياس الميل إلى الإجرام، ومقياس الميول الانتحارية؛ وقد اتضح من خلال هذه الدراسة أن اليأس، والتوتر الناجم من العنف، والتمييز لدى المتحولين جنسياً يؤدي إلى مشاكل مرتبطة بالصحة النفسية والقدرات العقلية، فقد اتضح من الفحص الإكلينيكي أن أكثر من (36٪) ممن يعانون من القلق يكونون عُرضة لزيادة المحاولات الانتحارية. ولقد أسفرت نتائج الدراسة في خلاصتها أن ما يمر به المتحولون من عنف وتمييز ويأس يؤدي إلى زيادة حدة الميول الانتحارية لديهم.

في حين أوضحت دراسة "كليس وآخرون" (Claes, (2015 مدى ارتباط الميول الانتحارية بالمشكلات الشخصية والتعسف المجتمعي في المحيط الذي يعيش فيه المتحولون جنسيًا، في محاولة منها للتحقق ما إذا كانت العوامل النفسية وافتقاد المساندة الاجتماعية لها تأثيرات ملحوظة على المتحولين جنسيًا، وعلاقة ذلك بالأفكار والميول الانتحارية لديهم، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (155) متحولاً جنسيًا، بمعدل (66,5٪) متحولين إلى إناث، و(33,5٪) متحولين إلى ذكور، وتراوحت أعمارهم بين (34- 52) عامًا، وقد قامت هذه الدراسة باستخدام مقياس الاعتزاز بالنفس، ومقياس المساندة الاجتماعية المتعدد الأبعاد، ومقياس الخوف من التحول، ومقياس السمات الجسدية، ومقياس الميول الانتحارية؛ وقد اتضح من نتائج الدراسة نقص المساندة الاجتماعية وخاصة لدى المتحولين من ذكور إلى إناث، ومن ثم ارتفاع معدل الميول الانتحارية لديهم؛ ولهذا فقد أسفرت نتائج الدراسة إلى ضرورة الاهتمام بالعوامل النفسية وخاصة عند المتحولين إلى إناث، فالمعدل العالي من الميول والمحاولات الانتحارية اتضح أنه مرتبط بالصعوبات التي يواجهها المتحولون من المحيط الاجتماعي وافتقادهم للمساندة الاجتماعية.

قائمة المراجـــــع

- **أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية.**
- **ثانياً: قائمة المراجع باللغة الإنجليزية.**

أولاً: المراجع العربية:

1- أحمد عكاشة (2003). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

2- ------------ (2008). **الاكتئاب مرض العصر "أسبابه وأنواعه وعلاجه"**. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.

3- أحمد عكاشة، وطارق عكاشة (2009). **علم النفس الفسيولوجي.** (ط11). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

4- أحمد عكاشة، وطارق عكاشة (2010). **الطب النفسي المعاصر**، (ط15). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

5- أسامة محمد (2012). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاختيار المهني والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. **رسالة ماجستير**. كلية التربية، جامعة طنطا.

6- أسماء السرسي، وأماني عبد المقصود (2014). **مقياس المساندة الاجتماعية.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

7- السيد محمد (2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. **مجلة كلية التربية**، جامعة بنها، المجلد 20، العدد 81، 269- 350.

8- الشناوي عبد المنعم (1998). **دراسات في علم النفس التربوي**. القاهرة: دار النهضة العربية.

9- إيميل دوركايم (2011). **الانتحار**. (ترجمة): حسن عودة. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.

10- بشرى إسماعيل (2004). **المساندة الاجتماعية والتوافق المهني.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

11- بشير معمرية (2009). **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس "دراسات نفسية في الذكاء الوجداني- الاكتئاب- اليأس- قلق الموت- السلوك العدواني- الانتحار" (ج3).** القاهرة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

12- تيسير حسون (2004). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل للاضطرابات النفسية.** ترجمة: تيسير حسون، دمشق: مشفى ابن سينا للأمراض النفسية.

13- جمال السيد (2010). السلوك الانتحاري: دراسة تشخيصية وعلاجية. **مجلة كلية التربية**، جامعة أسيوط، المجلد 26، العدد 1، 281- 324.

14- جيهان أحمد (2002). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

15- حسين فايد (1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية. **مجلة دراسات نفسية "رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).** القاهرة، المجلد 8، العدد 2.

16- ---------- (1998). الفروق في الاكتئاب في اليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها. **مجلة دراسات نفسية "رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)**. القاهرة، المجلد 8، العدد 1،41- 78.

17- ---------- (2004). **العدوان والاكتئاب في العصر الحديث "نظرة تكاملية"**. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

18- ---------- (2008). **دراسات في السلوك والشخصية "الاكتئاب النفسي- الهلع- اضطرابات الأكل- الانتحار- الغضب"**. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

19- خالد محمد (2014). **اضطراب الهوية الجنسية والقلق والضغوط "دراسات حالة تطبيقية"**. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

20- رشيد مسيلي، وفاضلي أسعد (2013). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية "دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس". **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، العدد 13، 305- 331.

21- سعد جلال (1985). **في الصحة العقلية "الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية"**. القاهرة: دار الفكر العربي.

22- سماح رمضان (2008).المساندة الاجتماعية كما يدركها عينة من ذوي ضعاف السمع وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. **رسالة ماجستير**. كلية التربية، جامعة طنطا.

23- شعبان رضوان، وعادل هريدي (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة . **مجلة علم النفس**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (58)، 19- 64.

24- شيماء أحمد (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

25- شيماء باشا، وإيمان شنودة (2014). الصمود والمساندة الاجتماعية والضغوط كمنبئات بالتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة. **المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، القاهرة، 2(4)، 557- 601.

26- شيماء عبد الغني (2013). المساندة الأسرية ودورها في تحقيق الضغوط النفسية لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان "دراسة مقارنة في ضوء المتغيرات البيئية". **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

27- ضياء الدين محمد (2009). فاعلية برنامج المساندة الاجتماعية في التقليل من مشكلات الاكتئاب البسيط لدى فئة من الشباب. **رسالة ماجستير**. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

28- طارق حسن (2015). مشروعية التحول الجنسي في الفقه الإسلامي. **مجلة كلية التربية للعلوم الإنسانية**، جامعة ذي قار. المجلد(5)، العدد1، 210- 236.

29- عادل صادق (1990). **في بيتنا مريض نفسي**. (ط2). القاهرة: الدار العربية للموسوعات، بيروت، لبنان.

30- عبد الحكيم العفيفي (1990). **الاكتئاب والانتحار "دراسة اجتماعية تحليلية"**. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية للنشر والتوزيع.

31- عبد الرحمن إبراهيم (2008). تحول الجنس. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية**. العدد 20، 140- 142.

32- عبد الرقيب البحيري (2013). **مقياس احتمالية الانتحار**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

33- عبد الرقيب البحيري، ومحفوظ أبو الفضل (2008). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، 18 (60)، 3- 54.

34- عبد الفتاح القرشي (2001). **تصميم البحوث في العلوم السلوكية**. القاهرة: دار القلم للنشر والتوزيع.

35- عبد الله الغطيمل (2000). معالم نظرية الانتحار في الفقه الإسلامي. **المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب**، المجلد 15، العدد 30، 5- 80.

36- عبد الله الرشود (2006). **ظاهرة الانتحار "التشخيص والعلاج"**. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث.

37- عبد الله جاد (2006). السلوك التوكيدي كمتغير وسيط في علاقة الضغوط النفسية بكل من الاكتئاب والعدوان. **مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة**، المؤتمر العلمي الأول لكلية التربية النوعية، جامعة المنصورة، 396- 469.

38- عدنان الضمور (2014). **ظاهرة الانتحار "دراسة سيسيولوجية"**. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

39- علي عبد السلام (2005). **المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية**.القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

40- عماد عبد الرازق (1998). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية. **مجلة دراسات نفسية "رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)**. القاهرة، المجلد 8، العدد 1، 13- 39.

41- عماد مخيمر (1997). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية، متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، المجلد 7، العدد 17، 103- 138.

42- عماد مخيمر، وعزيز بهلول (2003). خبرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية. **مجلة دراسات نفسية "رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)**. القاهرة، المجلد 13، العدد 3، 447- 485.

43- عواطف شوكت (2000)). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالوحدة النفسية والتفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية، دارسة مقارنة . **مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الاجتماعية**، 12، 32- 74.

44- فاتن قنصوه (2018). سمات الذكورة والأنوثة، واضطراب طيف الذاتوية بكونهم عوامل خطورة مُنبأة بالتحول الجنسي (في ضوء نظرية الدماغ الذكوري المتطرف). **دراسات نفسية**، قيد النشر.

45- فاطمة عبد الكريم (2011). اضطراب الهوية الجنسية لدى بعض الفتيات الكويتيات وعلاقته ببعض العوامل الأسرية والنفسية. **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

46- فاطمة ناجي (2007). المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية والميل للانتحار لدى مرضى الاكتئاب. **رسالة ماجستير**، كلية التمريض، جامعة القاهرة.

47- فهد الربيعة (1997). الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة. **مجلة علم النفس**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (3)، 3- 47.

48- فوزية إبراهيم (2012). الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب والتربية: فلسطين.

49- كريستيان بودلو، وروجيه استابليه (1999). **دوركايم والانتحار**. ترجمة: أسامة الحاج. بيروت: المؤسسات الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

50- كمال مرسي (2000). **السعادة وتنمية الصحة النفسية– الجزء الأول (مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس).** القاهرة: دار النشر للجامعات.

51- كونجر، بول، و كاجان (1986). **أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة**. (ترجمة): عبد العزيز سلامة. الكويت: مكتبة الفلاح.

52- لطفي الشربيني (2001). **الاكتئاب "المرض والعلاج".** الإسكندرية: منشأة المعارف للنشر.

53- ماهر يوسف (2014). مصادر الاحتراق النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من السائقين. **مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)**، المجلد 18، العدد 2، 212- 249.

54- مجدي أحمد (2008). **الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية "دراسة سيكومترية مقارنة".** القاهرة: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.

55- محمد الحسن (2009). **حقيبة الاضطرابات النفسية**. المملكة العربية بالأحساء. مركز التنمية الأسرية بالأحساء.

56- محمد الشناوي، ومحمد عبد الرحمن (1994). **المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

57- محمد بيومي (1996). المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت. **مجلة علم النفس،** الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، (17).

58- محمد غانم (2006). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية "الوبائيات- التعريف- محاكات التشخيص- الأسباب- العلاج- المآل والمسار"**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

59- -------- (2006). **دراسات في الشخصية والصحة النفسية (ج1).** القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

60- محمود عطية (2010). **ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

61- محمود كاظم (2013). **الصحة النفسية "مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية"**. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

62- معتز سيد (2000). **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية**. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

63- ممدوح سلامة (1994).**علم النفس الاجتماعي- أنت وأنا الآخرون**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

64- منظمة الصحة العالمية (2002). **التقرير العالمي حول العنف والجريمة**، الطبعة العربية. القاهرة: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.

65- مها جاد الله (2004). المساندة الاجتماعية كما يدركها تلاميذ المرحلة الابتدائية وتأثيرها علي التوافق المدرسي والتحصيل الدراسي في الحساب. **رسالة ماجستير**. كلية التربية، جامعة الإسكندرية.

66- ميادة محمد (2018). الميول الانتحارية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المتحولين جنسياً. **رسالة ماجستير** غير منشورة.

67- ميريت سمير (2006). الإيثار والمساندة الاجتماعية وعلاقتهما ببعض مشكلات التوافق الزواجي لدى المتزوجين حديثاً. **رسالة ماجستير**. كلية الآداب، جامعة طنطا.

68- نازك السلطاني (2014). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية. **مجلة كلية التربية البنات للعلوم الإنسانية**، 3 (14)، 361- 405.

69- نعمة فاروق (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لعينة من أسر المصابين بمرض السرطان. **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.

70- نعمة نادي (2012). العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتماسك الأسري للأطفال التوحديين. **رسالة ماجستير**، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

71- هبة إسماعيل (2013). اضطراب الهوية الجنسية لدى طفل الروضة "دراسة إكلينيكية متعمقة". **رسالة ماجستير**، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

72- هشام عبد الله (1995). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين. **المؤتمر الدولي للإرشاد النفسي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة**، مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، القاهرة، 473- 513.

73- هيام عبد الجواد (2006). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بأساليب التنشئة الوالدية وبعض متغيرات الشخصية لدى المرأة العاملة. **رسالة ماجستير**. كلية الآداب، جامعة طنطا.

74- هيفاء بنت منصور (2015). دور الأسرة في الوقاية من اضطراب الهوية الجنسية لدى الفتاة في ضوء التربية الإسلامية "دراسة ميدانية على طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية". **رسالة ماجستير**، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية: المملكة العربية السعودية.

75- وليد سرحان (2005). **مشاكل الناس.** عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

76- يـوجين ليفيـت، وبرنـارد لـوبين (1990).**سيكولوجية الاكتئـاب**. تعريـب:عزت الطويـل. القاهرة: دار المعارف.

77- يوسف ميخائيل (1998). **الشباب والتوتر النفسي.** القاهرة: مكتبة غريب.

ثانيا المراجع باللغة الانجليزية:

78- American Psychiatric Association. (2000). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders,*** (fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

79- American Psychiatric Association. (2013). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders.***(fifth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

80- American Psychological Association. (2009). ***Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance***. Washington, DC: Author.

81- Amit, Arya; Adarsh, Tripathi; Harjeet, Singh; Pankaj, Kumar. (2010). Gender Identity Disorder With Comorbid Depression-A Case Report. **Delhi Psychiatry Journal**, 13(1), 153-156.

82- Annelou,L.deVries,Ilse,L. Noens.Peggy, T. Cohen-Kettenis. Ina, A. van Berckelaer-Onnes, Theo, A.& Doreleijers.(2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. ***Journal of Autism and Developmental Disorders***, 40:930–936.

83- Ashish Khandelwal; Ashish Agarwal; R. C. Jiloha. (2010). Female with Gender Identity Disorder. **Archives of Sexual Behavior**, 39, 1021-1023.

84- Beth Hoffman. An Overview of Depression among Transgender Women. (2014). **Depression Research and Treatment,** 81(3), 545-557.

85- Boza, Crystal & Perry Kathryn,(2014). Gender-Related Victimization, Perceived Social Support, and Predictors of Depression among Transgender Australians. **International Journal of Transgenderism**, 15(1), 35-52 ·

86- Brain A Rood; Julia A. Puckett; David W Pantalone & Judith B. Bradford. (2015). Predictors of Suicidal Ideation in A Statewide Sample of Transgender Individuals. **Journal of LGBT Health Research**, 1;2(3), 270- 275.

87- Cameron, Stewart; Tina, Cockburn; Bill, Madden; Sascha, Callaghan; Christopher, James Ryan. (2012). Leave to Intervene in Cases of Gender Identity Disorder; Normative Causation; Financial Harms and Involuntary Treatment; and the Right to Be Protected From Suicide. **Bioethical Inquiry**, 9, 235-242.

88- Cerwenka, Susanne; Nieder, Timo Ole; Richter-Appelt, Herth. (2012). Sexuelle orientation and partner-choice of transsexual women and men before gender-confirming interventions. **PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinsche Psychologie**, 62(6), 214-222.

89- Cohen, p. Derend S. & Arrindell S. (1994). **Parental factors and tramssexualism, In: C. Perris, W. Arrindell, M. Eisamann. (Eds) Parenting and Psychopathology**. New York, 267-279.

90- Cohen-Kettenis,P.T.,& vanGoozen,S.H.M.(1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals:Afollow-up study. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,*** 36, 263–271.

91- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J.& Monstrey, S. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, ***International Journal of Transgenderism***, 13:165–232.

76. Colizz, Marco; Costa, Rosalia; Todarello,Orland. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. **Psychoneuroendocrinology**, 39,65-73.

92- Cutrona, (1996). Social Support. **Journal of Social and Clinical Psychology,** 9 (1), 3-14.

93- Claes. (2015). Non-suicidal self- injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal function-ing and perceived social support. **Journal of Sexual Medicine,** 12 (1), 168- 179.

94- Daniel Klink & Martin Den Heijer. (2014). ***Genetic Aspects of Gender Identity Development and Gender Dysphoria*,** Springer Science & Business Media, New York.

95- Deepika, Gupta; Deeksha, Elwadhi; Manju, Mehta; Nanaji, Kaw. (2012). Psycho-Social Functioning in an Individual with Gender Identity Disorder. **Psychological Study**, 57(3), 269-272.

96- Derek Glidden, Walter Bouman, F., Bethany A. Jones, MSc& Jon, A. (2016). Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature, ***Sexual Medicine*** **Reveiws**, 4, 3-14.

97- Esther, Gomez-Gil; Leire, Zubiaurre-Elorza; Isabel, Esteva; Antonio, Guillamon; Teresa, Godas; M. Cruz, Almaraz; Irene, Halperin; Manel, Salamero. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. **Psychoneuroendocrinology**, 37, 662-670.

98- Gia Elise, Barboza; Silvia, Dominguez; Elena, Chance BS. (2016). Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. **Preventive Medicine Reports**, 4, 385-390.

99- Golub, Sarit A; Walker, Ja'Nina J; Longmire-Avital, Buffie; Bbimbi, David S; Parsons, Jeffrey T. (2010). The role of religiosity, social support, and stress-related growth in protecting against HIV risk among transgender women. **Journal of Health Psychology**, 15(8), 1135-1144.

100- Gozlan, Oren. (2011). Transsexual surgery: A novel reminder and a navel remainder. **International Forum of Psychoanalysis**, 20(1), 45-52.

101- Greta, R. Bauer; Ayden, I. Scheim; Jake, Pyne; Robb, Travers; Rebecca, Hammond. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in ontario, Canada. **The BioMed Central Public Health,** 35 (6), 646- 660.

102- Jacobs, Laura A., Rachlin, Katherine; Laura Erickson-Schroth, & Aron Janssen. (2014). Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. **Journal of *LGBT Health* Research**, 2, 1- 6.

103- Jody L. Herman; Ann, P. Haas; Philip L. Rodgers. (2014). Suicide Attempts among Transgender and Transgender and Gender Non-Conforming Adults. **American Foundation For Suicide Prevention,**1- 18.

104- Karsten, Schutzmann; Lisa, Brinkmann; Melanie, Schacht; Hertha, Richter- Appelt. (2007). Psychological Distress, Self-Harming Behavior, and Suicidal Tendencies in Adults with Disorders of Sex Development. **Archives of Sexual Behavior,** 27 (3), 312- 320.

105- Kincaid & J. Mckitrick. (2007). Gender Identity Disorder. **Establishing Medical Reality**, 137-148.

106- Kristen Clements- Nolle; Rani, Marx & Mitchell, Katz. (2006). Attempted Suicide among Transgender Persons "The Influence of Gender- Based Discrimination and Victimization". **Journal of Homosexuality,** 51(3), 53- 69.

107- Laura, Ungar. (2015). Transgender people face alarmingly high risk of suicide. **USA TODAY**.

108- Lih-Mei Liao; Laura, Audi; Ellie, Magritte; Heino F.L. Meyer-Bahlburg; Charmian A. Quigley. (2012). Determinantary factors of gender identity: A commentary. **Journal of Pediatric Urology**, 8, 597-601.

109- Lock & Steiner (1999). Gay, Lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical and social problems: Results from a community based survey, **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,** 38, 297- 304.

110- Louis, Graham F; Crissman, Halley P; Tocco, Jack; Hughes, Laura A; Snow, Rachel C; Padilla, Mark B. (2014). Interpersonal Relationships and Social Support in Trannsitioning Narratives of Black Transgender Women in Detroit. **International Journal of Transgenderism**, 15(2), 100-113.

111- Luke, Malone. (2015). Transgender Suicide Attempt Rates are Staggering, **Journal of *LGBT Health* Research**,

112- Masahiko, Hoshiai; Yosuke, Matsumoto; Toshiki, Sato; Masaru, Ohnishi; Nobuyuki, Okabe; Yuki, Kishimoto; Seishi, Terada; Shigetoshi, Kuroda. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. **Psychiatry and Clinical Neurosciences,** 64, 514- 519.

113- Nemoto, Tooru; Bodeker, Birte; Iwamoto, Mariko. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. **American Journal of Public Health**, 101(10), 1980-1988.

114- Okhan, Oz; Jale, Karakaya. (2016). Perceived Discrimination, Social Support, and Quality of Life in Gender Dysphoria. **The Journal of Sexual Medicine,** 13 (7), 1133- 1141.

115- Palumbo; M.Tyropni; V.Pace; O.Todarello. (2009). presence of psychiatric symptoms and personality profiles among transexuals: is gender identity disorder a true clinical entity?. **European congress of Psychiatry**, 312- 322.

116- Pasterski Vickie, Liam Gilligan &Richard Curtis. (2014). Traits of Autism Spectrum Disorders in Adults with Gender Dysphoria. **Archives of Sex Behavior, 43:387–393.**

117- Patricia Gaff Williams, AnnaMary Allard& Lonnie Sears.(1996). Case Study: Cross-Gender Preoccupations in Two Male Children with Autism. ***Journal of Autism and Developmental Disorders***,26(6), 635-642.

118- Retterstol, N., (1993). Suicide A European Perspective. **Cambridge University Press.**

119- Rhonda J. Factor; Esther D. Rothblum. (2007). A Study of Transgender Adults and Their Non-Transgender Siblings on Demographic Characteristics, Social Support, and Experiences of Violence. **Journal of LGBT Health Research**, 3(3).

120- Rogerio, M. pinto; Rita, M. Melendez & Anay, Spector. (2008). Male-to-Female Transgender Individuals Within A Gender_ Focused Network. **Journal of Gay & Lesbian Social Services,** 1, 203- 220.

121- Schneider, C., Cerwenka,S., Timo O. Peer Briken, Peggy T. Kettenis, De Cuypere, Ira R., Baudewijntje P. Kreukels, H., Richter, A & Nieder.(2016).Measuring Gender Dysphoria**.** ***Archive Sex Behavior,*** 45:551–558.

122- Schultz, Tracy Deborah. (2002). Psychological outcomes from transsexual surgery as a function of social support. **Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering**, 63(5-B), 2602.

123- Seishi, Terada; Matsumoto, Yosuke; Toshiki, Sato; Okabe, Nobuyuki; Kishimoto, Yuki; Uchitomi, Yosuke. (2011). Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. **Psychiatry Research**, 190, 159-162.

124- Simon, Lajos; Zsolt,Unoka; Fogd, Dora; Czobor, Pal. (2011). Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 42, 38-45.

125- Stephanie Budge, L; Adelson, Jill; Howard, Kimberly A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 81(3), 545-557.

126- Suk Kim, Tae; Young- Hoon, Cheon; Chi- Un, Pae; Jung- Jin, Kim; Chang- Uk, Lee; Su- Jung, Lee; In- Ho, Paik; Chul, Lee. (2006). Psychological burdens are associated with young male transsexuals in Korea. **Psychiatry and Clinical Neurosciences,** 60, 417- 421.

127- Susan E. Walch, Sakkaphat T. Ngamake, Jacquelyn Francisco, Rashunda L. Stitt,& Kimberly A. Shingler. (2012).The Attitudes toward Transgendered Individuals Scale: Psychometric Properties. ***Archive Sex Behavior***, 41:1283–1291.

128- Swaab. (2004). Sexual differentiation of the human brain: relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. **Gynecol Endocrinol**, 19, 301-312.

129- Virupaksha; Daliboyina, Muralidhar & Jayashree, Ramakrishna. (2016). Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. **Indian Journal of Psychological Medicine**, 38 (6), 505- 509.

130- Walter P, Bouman; Amanda, Davy; Jon, Arcelus; Croline, Meyer. (2014). Social Support and Psychological Well-Being in Gender Dysphoria: A Comparison of Patients With Matched Controls. **International Society for Sexual Medicine.**

131- Wenn Lawson. (2015). Gender Dysphoria and autism. ***Network Autism Terms and Conditions for details.*** 28 May,1-4.

132- Wiercky, Katrien; Van Caenegem, Eva; Elaut, Els; Dedecker, David; Van de peer, Fleur; Toye, Kaatje; Weyers, Steven; Hoebeke, Piet; Monstrey, Stan; De Cuypere, Griet; T'Sjoen, Guy. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men.**The Journal of Sexual Medicine**, 8(12), 3379-3388.

133- World Health Organization. (1992). ***The ICD-10 classification of mental and behavior disorders.*** 10th ed. Geneva, Switzerland: Author.

134- Xavier, Vieira; L. Gomes; D. Ferreira; J. Garcia, Costa; P. Pechorro. (2008). Clinical evaluation of pre and post surgical transsexuals at Santa Maria University Hospital, Lisbon, Portugal. **Sexologies book**, 4(7), 79.

135- Yuksel; B Aslantas; M Ozturk; S Bikmaz; Z Oglagu. (2008). Importance of clinical support for the well being of transgender individuals with the history of suicide. **Sexoiogies Book,** 4(8), 79.